

FERNANDO MARCUS FELIPPE JORGE

**APLICAÇÃO DE PROTOCOLO INFORMATIZADO NO CÂNCER
COLORRETAL**

Tese apresentada ao Programa da Pós-
Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de
Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Paraná, como requisito parcial à obtenção
do grau acadêmico de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Bernardo Tenório

Coordenador do Programa:

Prof. Dr. Jorge Eduardo Fouto Matias

**CURITIBA
2006**

Dedico este trabalho a meu pai que me serve de exemplo pela disciplina e seriedade empenhadas em todas as funções que exerceu na vida.

De todas as qualificações, o amor é a mais importante, pois se for bastante forte em um homem, impele-o a adquirir todas as demais, e todas as demais sem o amor nunca seriam suficientes.

J. Krishnamurti

AGRADECIMENTOS

A CAPES e à Universidade Federal do Paraná, pela oportunidade de conhecimento científico.

Ao Prof. Dr. Osvaldo Malafaia, pela oportunidade e confiança dedicadas a mim, pelo exemplo de vida e de dedicação como professor e idealizador desta linha de pesquisa, que pela sua paciência e sabedoria mostrou-me limitações e ajudou-me a superá-las.

Ao Prof. Dr. Sérgio Bernardo Tenório qual tive a honra de ser orientado neste trabalho, reafirmo aqui minha gratidão.

Ao Prof. Emerson Paulo Borsato, doutor em informática, pelo empenho e apoio prestados na confecção deste protocolo informatizado.

Aos Professores Dr. Antonio Carlos Ligoeki Campos e Dr. Jorge Matias, Coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná, pela confiança que demonstraram ao ter-me aceitado como aluno da pós-graduação e o incentivo que deram para eu concluir a tese .

Aos Serviços de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte e de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal, pelo apoio prestado na implantação deste Protocolo.

A Regina Sass, funcionária do Programa de Pós-Graduação, pela sempre presente vontade de ajudar.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS.....	v
	LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
	RESUMO.....	vii
	ABSTRACT.....	viii
1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	OBJETIVO.....	4
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	5
3	MATERIAL E MÉTODO.....	10
3.1	ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA.....	9
3.2	APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA NO CÂNCER COLORRETAL.....	25
4	RESULTADOS.....	28
5	DISCUSSÃO.....	39
5.1	CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	39
5.2	SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA.....	41
5.3	SOBRE A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA NO CÂNCER COLORRETAL.....	44
5.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
6	CONCLUSÕES.....	49
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
	OBRAS CONSULTADAS.....	54
	APÊNDICE 1.....	74

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	ESCOLHA DO TIPO DE CONEXÃO.....	15
FIGURA 2	AUTENTICAÇÃO DO USUÁRIO.....	15
FIGURA 3	SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE.....	16
FIGURA 4	CADASTRO DE INSTITUIÇÕES.....	17
FIGURA 5	CADASTRO DE USUÁRIOS.....	17
FIGURA 6	PERMISSÃO DOS USUÁRIOS.....	18
FIGURA 7	TELA PRINCIPAL DO SINPE© PARA WINDOWS®.....	19
FIGURA 8	EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE.....	20
FIGURA 9	CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS.....	21
FIGURA 10	CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS (CONTINUAÇÃO).....	21
FIGURA 11	EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO.....	22
FIGURA 12	CADASTRO DE PACIENTES.....	23
FIGURA 13	COLETA DE DADOS.....	24
FIGURA 14	PESQUISA DE DADOS.....	25
FIGURA 15	CÂNCER COLORRETAL ATÉ PASTA “CITOMETRIA DE FLUXO”.....	26
FIGURA 16	CÂNCER COLORRETAL ATÉ PASTA “HEMOTERAPIA”.....	27
FIGURA 17	CÂNCER COLORRETAL (PROTOCOLO FINALIZADO).....	27

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	ORIGEM DOS PACIENTES POR INSTITUIÇÃO.....	28
GRÁFICO 2	DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR SEXO.....	29
GRÁFICO 3	DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR RAÇA.....	29
GRÁFICO 4	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PELA FAIXA ETÁRIA.....	30
GRÁFICO 5	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PELOS MESES DE COLETA.....	30
GRÁFICO 6	DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES.....	31
GRÁFICO 7	ACHADOS ALTERADOS NA COLONOSCOPIA.....	32
GRÁFICO 8	DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUE UTILIZARAM DOSAGEM DE CEA NO PRÉ-OPERATÓRIO E PÓS- OPERATÓRIO.....	33
GRÁFICO 9	ACOMPANHAMENTO DO VALOR MÉDIO DA DOSAGEM DO CEA.....	33
GRÁFICO 10	DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS HISTOPATOLÓGICOS EM NEOPLASIAS MALIGNAS.....	34
GRÁFICO 11	ESTADIAMENTO PELO TNM.....	34
GRÁFICO 12	DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS EXAMES DE IMAGEM.....	35
GRÁFICO 13	ACHADOS ANORMAIS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA.....	35
GRÁFICO 14	PACIENTES E A FORMA USADA DE ANTIBIÓTICO.....	36
GRÁFICO 15	TIPOS DE ANTIBIÓTICOS NA PROFILAXIA OPERATÓRIA.	36
GRÁFICO 16	OPERAÇÕES REALIZADAS (N=109).....	37
GRÁFICO 17	LOCAIS DE METÁSTASE EM ACHADOS OPERATÓRIOS.....	37
GRÁFICO 18	PACIENTES SUMETIDOS A QUÍMIO E RADIOTERAPIA.....	38
GRÁFICO 19	EVOLUÇÃO APÓS 1 ANO DO TRATAMENTO (N=59).....	38

RESUMO

Título: Aplicação de Protocolo Informatizado no Câncer Colorretal.

Introdução: Nos dias de hoje, a informática ainda é muito pouco aplicada na condução de estudos envolvendo dados clínicos primários. Os estudos epidemiológicos descritivos conduzidos sob forma de coleta prospectiva de dados produzem resultados com qualidade superior quando comparados com revisões da literatura ou meta-análises. Todavia, a melhor maneira de se coletar informações clínicas de forma prospectiva é a criação de uma base informatizada de dados clínicos incorporada à rotina hospitalar, proporcionando a coleta de dados ao longo dos anos. **Objetivos:** 1 – estruturar um programa de computador (software), que seja capaz de armazenar dados clínicos de forma prospectiva, relativos às doenças coloproctológicas; 2 – validar este software no estudo do câncer colorretal de forma multicêntrica. **Método:** A criação do protocolo informatizado foi feita baseando-se no SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos) idealizado por Malafaia e estruturado a partir de consultas em livros de proctologia e em revisão da literatura relacionada ao tema. A informatização da base de dados foi pautada na criação de dois níveis de protocolos: mestre e específicos. No protocolo mestre foram colocados todos os dados referentes às doenças anocolorretais. Os protocolos específicos foram criados a partir do mestre, separando as características de cada doença anocolorretal individualmente formando 28 doenças. A informatização dos protocolos foi feita com auxílio do Laboratório de Informática e Multimídia, no Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Dentre os protocolos específicos escolheu-se uma doença (câncer colorretal) para comprovação do funcionamento do software. A aplicação ocorreu em dois centros hospitalares distintos: Hospital Regional da Asa Norte e Hospital de Base do Distrito Federal. **Resultados:** Foram incluídos 107 pacientes durante período de dois anos com distribuição igual entre sexos, predomínio da raça parda em 45,79%. Sintomas abdominais e alteração do estado geral foram as principais apresentações clínicas. Observou-se 19,35% de pólipos nas colonoscopias. 97,93% dos tumores foram adenocarcinomas seguidos de 2,06% de tumores carcinóides. A operação mais utilizada foi retossigmiectomia anterior (26%). Mortalidade após um ano de tratamento foi 27%. **Conclusões:** 1 - o programa de computador (software) foi estruturado com capacidade de armazenar dados clínicos de forma prospectiva, relativos às doenças coloproctológicas, de maneira objetiva, abrangente e atualizável; 2 – o software pôde ser validado no câncer colorretal demonstrando ser uma ferramenta de fácil utilização para pesquisa clínica, além de coletar dados de forma prospectiva e multicêntrica.

Palavras-chave: Protocolo eletrônico, Câncer colorretal, Pesquisa multicêntrica

ABSTRACT

Title: "Electronic Protocol in Colorectal Cancer"

Background: Today computer science is rarely applied in medical research in order to create a primary clinical database. Prospective database researches tend to have more quality than other kind of descriptive epidemiological studies, like traditional reviews of literature or meta-analyses. Therefore, the production of an electronic clinical database is the best way to collect clinical information. **Objectives:** 1 - create a computer software in order to store prospectively a primary clinical database in anocolorectal diseases. 2 – Apply this software in a single disease (colorectal cancer) on a multicenter way. **Material and Method:** It was based on SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos) and started by consulting some books of anocolorectal surgery and on a great amount of medical articles. During the electronic process, two protocols were created: master and specific. The master protocol was used to keep all the data about every anocolorectal disease. The specific protocol was used to store different subjects that come from the master that represent each one of the 28 anocolorectal diseases. All the information was computerized in the software with help of the electronic research made in the Laboratório de Informática e Multimídia, located in the Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Among these twenty eight specific protocols the author choose one disease (colorectal cancer) in order to test the software. This software was applied in two hospital centers : Hospital Regional da Asa Norte e Hospital de Base do Distrito Federal. **Results:** There were included 107 patients during two years without difference between gender and higher incidence in miscegenous race 45.79%. Abdominal symptoms and signs followed by general states complain are the principal manifestation in this study. During colonoscopy there were find 19.35% of polyps. 97.93% of the cancers were adenocarcinoma and 2.06% were carcinoid tumors. The mortality in one year follow up was 27%. **Conclusions:** 1 - the software was created and it is capable to store easily, prospectively and up gradable clinics data. 2 – this software allowed to gather data about colorectal cancer in a prospective and multicenter way, resulting in a simple efficient tool to research clinics database.

Key-words: Electronic Protocol, Colorectal cancer, Multicentric research

1 INTRODUÇÃO

O dicionário Oxford de inglês descreve informática como "a disciplina científica que investiga a estrutura e as propriedades da informação". De acordo com esta visão, Shortliffe e Perrault descrevem a informática médica da seguinte maneira: "*É o campo científico que trata do armazenamento, recuperação, e uso otimizado da informação biomédica, dados, e conhecimento para a resolução rápida de problemas e tomada de decisões*" (SHORTLIFFE e PERRAULT, 1990).

Na área médica observa-se o uso de métodos específicos de armazenamento de informação e de manipulação de dados já no final do século XIX, quando o Dr. John Shaw Billings, que na época era o cirurgião general do exército americano, passou a editar em 1880 o famoso *Index Medicus*, um índice da literatura médica mundial (CAMERON, 2001).

No mesmo ano do surgimento do *Index Medicus*, o censo de 1880 dos Estados Unidos da América do Norte foi apurado mediante uso de máquinas tabuladoras. Um engenhoso instrumento inventado por Hermann Hollerith descrito como um dispositivo eletromecânico que podia ser usado para tabular automaticamente dados por meio de cartões perfurados. O impacto da tecnologia foi amplamente demonstrado quando se constatou que foram usadas apenas 56 máquinas Hollerith para processar a informação do censo de 62 milhões de pessoas, dois anos antes do prazo e custando cinco milhões de dólares a menos que o orçamento previsto. Este fato precipitou o surgimento da ciência da computação que revolucionaria o mundo. Em 1924, a empresa de Hollerith passou a se chamar IBM.

A informática médica diz respeito à informação clínica e como ela é capturada, usada e armazenada, e não somente ao equipamento que torna tudo isso possível. Isto implica na formulação de instrumentos capazes de manipular as informações geradas a partir das observações clínicas. Embora os computadores tenham contribuído significativamente para a melhoria da atenção à saúde, ainda há grandes desafios para os informatas médicos. Principalmente relacionados às vantagens de um sistema de registro médico sem papel, que são facilmente percebidos, uma vez que toda a informação disponível é digitalizada passando a ser de fácil manipulação (HORGARTH, 1998).

Um estudo feito por Shortliffe, onde foram registradas em prontuário físico 168 visitas sucessivas realizadas a uma clínica de medicina interna, revelou que apesar de todas as histórias

clínicas com resultados laboratoriais e radiológicos em 81% dos casos alguma informação julgada importante pelos pesquisadores não estava disponível. Em outras palavras, estes dados não tinham sido capturados com intuito de gerar informação objetiva para pesquisa médica. Problema que teria sido resolvido através da captura protocolar por via eletrônica dos elementos de informação (SHORTLIFFE, 1990).

Achados semelhantes foram relatados pelo *Workgroup for Electronic Data Interchange*, no qual 50% dos registros médicos baseados em papel, ou estão perdidos completamente ou contêm dados incompletos (JOHNS, 1998). Outro estudo feito em 1996, encomendado pelo *Institute of Medicine* dos EUA, descobriu que cerca de 30% das prescrições de tratamento médico nunca são documentadas (COLLEN, 1996).

Estes são problemas de aquisição de informação que requerem conhecimento íntimo do conteúdo de informação, o ambiente no qual ela é coletada, e a tecnologia que é usada para capturá-la, de maneira a obter solução viável.

A coleta e armazenamento dos dados é processo no qual os profissionais de saúde estão diretamente envolvidos. Tais processos podem realizar coletas por meio da aplicação de protocolos (FRIDSMA, 1998). Pode-se considerar que protocolos são questionários padronizados para serem seguidos no levantamento de dados sobre, por exemplo, o tratamento de doenças (COIERA, 1997). O uso de protocolos eletrônicos contribui para redução de erros em coletas de dados, diminuição da quantidade de papel e os seus custos relativos. Além disso, com a tecnologia atual, é possível publicar os protocolos na internet e realizar trabalhos multicêntricos (AFRIN, 1997).

No final da década de noventa, a Universidade Federal do Paraná iniciou linha de pesquisa relacionada ao desenvolvimento de protocolos eletrônicos para estudos clínicos prospectivos baseados no Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (SINPE©) criado pelo Prof. Dr. Osvaldo Malafaia que promoveu realização até o momento de 15 teses de mestrado e doutorado na Universidade Federal do Paraná e cinco teses no Programa de Pós-graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo (BORSATO, 2005).

Nos países ocidentais, o câncer colorretal ocupa o segundo lugar em incidência e taxa de mortalidade atrás somente do câncer de pulmão. Nos Estados Unidos da América a incidência no ano 2000 foi de aproximadamente 93.800 novos casos de câncer colorretal que resultam em 47.700 óbitos (CORMAN, 2002).

A taxa de mortalidade pelo câncer colorretal no estado do Paraná, segundo o ministério da saúde no ano de 2003, foi de 6,19 para cada 100.000 habitantes, enquanto que no Distrito Federal foi de 4,17. Sendo que a maior taxa de mortalidade é encontrada no Rio Grande do Sul: 9,55 óbitos para cada 100.000 habitantes por ano (DATASUS, 2005). Estes dados ressaltam importância em nosso meio do tema escolhido neste estudo.

1.1 OBJETIVOS

Os objetivos deste estudo são os seguintes:

a – estruturar um programa de computador (software), baseado no SINPE©, que seja capaz de armazenar dados clínicos de forma prospectiva, relativos às doenças coloproctológicas;

b – validar este software no estudo do câncer colorretal de forma multicêntrica.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O mundo presenciou grande transformação trazida pela informática na última metade do século XX, a qual revolucionou diversas áreas de atividades, como as bélicas, industriais, comerciais e de telecomunicações. Na área médica o início do emprego do computador deu-se tardiamente com intuito primariamente administrativo e financeiro que é observado até os dias atuais (BARNETT,1984, BERNER, 2005).

O campo de informática médica está de fato há mais de 30 anos em construção e tem seu enfoque mais na estrutura da informação médica, do que nos seus aspectos técnicos. Observa-se que a informática é utilizada na medicina como grande instrumento armazenador de dados ligados principalmente às áreas administrativas, operacionais e financeiras (KHAN,1994). A utilização de banco de dados eletrônicos voltados a atividades clínicas, em síntese, se resumem a dados de exames laboratoriais, farmácia e aos departamentos de radiologia (DICK,1992). Todavia, ainda é precária a aplicação da informática na área médica com finalidade de armazenamento de bancos de dados clínicos primários, o que seria muito louvável, principalmente nos centros médico-acadêmicos que tem por objetivo, entre outros, a produção científica, fato que resultaria em controle da qualidade científica (SIEGEL 1987). No Brasil em 1984, Rocha Neto ressaltou a importância da informatização do Sistema de Arquivo Médico (SAME) para a facilitação da pesquisa científica e ensino médico, além das atribuições administrativas e de estrutura hospitalar (ROCHA NETO, 1983).

A qualidade da informação científica na área médica está diretamente relacionada à metodologia aplicada nos estudos epidemiológicos clínicos, o que depende do desenho do estudo, da confiabilidade na coleta dos dados e sua posterior análise (PEREIRA,1995). Segundo Blettner, as principais linhas de conduta em estudos epidemiológicos utilizados atualmente são: a revisão tradicional da literatura, as meta-análises e o estudo prospectivo de coleta de dados (BLETTNER, 1999)

A revisão tradicional da literatura é artifício que avalia um determinado assunto ou fato específico de forma qualitativa, não levando em conta a metodologia e as tendências inseridas em cada artigo individualmente (DICKERSEN, 1997). O *Index Medicus* do Dr. John Shaw Billings foi computadorizado em 1966. O sistema resultante, conhecido como MEDLARS®, tornou-se o primeiro sistema de informação *on-line* acessível publicamente. Com o surgimento da internet, foram criados a partir do MEDLARS® grandes bancos de dados eletrônicos relativos a artigos

científicos de publicações, como a MEDLINE®, organizados e dispostos de forma acessíveis pela grande rede mundial de computadores (DOYLE, 1996). Este fato que promoveu verdadeira revolução nas revisões bibliográficas, tornando-as factíveis de serem realizadas de forma abrangente, em pouco tempo e com custos reduzidos, porém não alterou o caráter qualitativo da informação nem anulou as tendências naturais intrínsecas desta metodologia, o que limita a confiabilidade da informação gerada.

Com intuito de dar caráter quantitativo às pesquisas feitas por meio de revisões bibliográficas, surgiram as meta-análises, que em resumo, são avaliações sobre um determinado assunto ou fato específico, partindo de vários estudos obtidos por revisão bibliográfica através de protocolos previamente estabelecidos para análise dos dados, originados de diversos artigos. Usam-se critérios pré-determinados em relação à qualidade dos artigos utilizados (metodologia empregada a cada artigo) e a confiabilidade em seus autores (FRIEDENREICH, 1993). As variáveis relevantes em cada estudo são individualizadas. Existe a necessidade de tabulação do tamanho da amostra, do desenho do estudo, do ano da publicação, além das características próprias das amostras e outros dados relevantes. Esta homogeneização das fontes de dados da investigação é a tentativa de anular as tendências originárias de cada artigo, procurando assim, evitar os vieses que limitam a qualidade da informação gerada (STEWART, 1995). Mesmo dados considerados não significativos em estudos individuais, geralmente dados raros, podem ser avaliados através da meta-análise (re-análise), porém estes estudos, além de exigirem concordância metodológica entre os diversos autores, podem tornar-se muito demorados e com custos elevados. O processo de pareamento entre os dados dos muitos estudos analisados em uma meta-análise, para se chegar à homogeneização metodológica, muitas vezes é o fator limitador deste método, pois a diversidade do desenho metodológico peculiar de cada artigo dificulta em muito este processo e limita a aplicabilidade e a qualidade da informação gerada em uma meta-análise (LUBIN, 1995). No meio eletrônico, com o advento da internet, observou-se o surgimento em 1993 da organização *Cochrane Collaboration* <<http://www.cochrane.org/>> que trabalha em revisões sistemáticas (meta-análises) gerando banco de dados a partir de artigos publicados em todo o mundo.

Os estudos prospectivos de coleta de dados apresentam planejamento, com a criação dos questionários ou formulários (protocolos) antes do início do estudo e posterior análise dos dados, de tal forma que minimizam o surgimento de vieses, dando maior credibilidade à informação gerada.

Porém, como aspectos limitadores estes estudos também possuem altos custos e necessitam de maior tempo para serem feitos (BOFFETA, 1997)

O questionário de um estudo prospectivo deve levar em conta três aspectos primordiais: o tempo de preenchimento que deve ser limitado até trinta minutos, além deste período, a qualidade da informação gerada por este questionário tende a diminuir; ele deve ser claro, sendo disposto de forma acessível, fácil, adequado ao tema em estudo e formulado com linguagem simples e compreensível ao respondente; deve ser preciso, de forma que cada dado, ou questão, deve estar relacionado a um único conceito, ressaltando o caráter objetivo da informação (PEREIRA,1995).

O questionário informatizado, no qual as questões de um trabalho científico são preenchidas utilizando-se o computador, pode ser ferramenta para coleta de dados de forma prospectiva, pois permite a inclusão de dados de forma sistematizada através de um aplicativo (software) interligado a uma fonte de armazenamento de dados, a qual pode ser manipulada posteriormente através do cruzamento de dados gerando informações científicas de qualidade (SIGWALT,2001).

Na revisão da literatura encontram-se várias referências em relação à aplicação do meio eletrônico na confecção de estudos tipo EMR (*eletronic medical records*) geralmente relacionados a temas muito específicos como, por exemplo, os da área de genética. Em menor número encontram-se estudos clínicos abrangentes que utilizam o meio eletrônico para a captura e manipulação de dados. Mesmo sabendo que, há várias décadas, o computador vem sendo utilizado como instrumento de pesquisa médica, a aplicação deste recurso ainda ocorre de maneira tímida (BERNER, 2005).

Segundo Horgarth, já no final da década de 1940, um dos primeiros computadores digitais modernos foi usado na Alemanha para automatizar o registro de tumores do Hospital de Heidelberg (HORGARTH, 1998). Em 1958, utilizando um computador mecânico primitivo a cartão perfurado, Lipkin e Hardy publicaram um artigo de análise de dados clínico através do computador para fazer diagnóstico diferencial de doenças hematológicas (LIPKIN e HARDY,1958). Em 1960, utilizando um computador digital, Schentfal publicou relatório sobre coleta digital de dados clínicos. O arquivo dispunha do nome do paciente, o registro, o código do diagnóstico, a história completa, o exame físico, além dos testes laboratoriais. Estes dados foram colhidos por período de um ano (SCHETHAL, 1960). Em 1962, a Clínica Mayo aplicou programa computadorizado, em forma de questionário, com intuito de estabelecer a personalidade dos pacientes (ROME, 1962).

Na área cirúrgica, Blackburn, em 1971 destacou o computador como importante acessório na organização de dados dos pacientes. Na especialidade de cirurgia plástica, Lister, em 1974, criou

sistema de arquivos e posterior classificação de doenças nesta especialidade através do computador (BLACKBURN, 1971; LISTER, 1974).

Em 1972, no Departamento de Fisiologia da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, Renato Sabbatini e colaboradores deram início às primeiras aplicações na análise de dados fisiológicos, simulações aplicadas ao ensino e pesquisa e bancos de dados (SABBATINI, 1998).

Até 2001, muito pouco havia sido publicado referente a estudos de coleta de dados de forma informatizada e prospectiva na área da cirurgia do aparelho digestivo, quando Sigwalt publicou tese de mestrado que descrevia um protocolo informatizado de coleta de dados prospectivos em doenças esofágicas com característica de grande objetividade, fazendo parte da linha de pesquisa denominada “Protocolos Eletrônicos” implantada pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, iniciada em 1998 e concretizada primeiramente com Sigwalt. Esta linha de pesquisa promove desenvolvimento de um macroprograma de computador denominado Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos (Sinpe ©), concebido pelo Prof. Dr. Osvaldo Malafaia em 1995 destinado ao gerenciamento de protocolos eletrônicos na área da saúde.

O SINPE© sofreu grandes transformações desde sua criação em 1998. O primeiro software desenvolvido foi construído utilizando-se a linguagem de programação *Java*, da *Sun Microsystems*. Esta solução tinha alguns problemas dentre os quais pode-se citar a baixa performance na manipulação dos protocolos eletrônicos e a dificuldade de um ambiente centralizado.

Em 2001 surgiu a segunda versão, construída na linguagem de programação *Object Pascal* utilizando a ferramenta de desenvolvimento *Delphi*, consumindo banco de dados local implementado em *Microsoft® Access*. Isto permitiu que os profissionais que criavam protocolos pudessem fazê-los da maneira mais confortável possível, utilizando qualquer computador através do uso de um CD-ROM de instalação do sistema. Esta versão ainda apresentava problemas relacionados ao modelo físico do banco de dados que utilizava estrutura de codificação textual não recursiva para armazenar as informações que definiam a disposição hierárquica dos itens dos protocolos (BORSATO, 2005).

Em 2003, foram produzidas duas teses de mestrado pertencentes à linha de pesquisa Protocolos Eletrônicos denominadas “Protocolo Informatizado de Dados Clínicos das Doenças do Cólon” e “Protocolo Informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais”, sendo que esta última é de mesma autoria do presente estudo. Porém, até o momento não existe relato de

aplicação destes protocolos em estudos clínicos, o que torna imperativo a validação destas ferramentas na prática médica (DRUSZCZ, 2002; JORGE, 2003).

O tema escolhido para a validação do protocolo informatizado neste estudo, coloproctologia, implica na fusão dos protocolos citados acima, com ampliação da área a ser pesquisada e aumento de sua relevância pela grande prevalência de doenças que acometem esta topografia (ânus , reto e cólon) na população geral. Sua aplicação no câncer colorretal está relacionada a grande incidência desta doença, tratando-se da principal neoplasia maligna do aparelho digestivo (CORMAN,1998). Além disso, o tema é de interesse de mais que uma disciplina, envolvendo especialistas em proctologia, cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo e com aplicabilidade em instituições de vários portes, em serviços primários ou ambulatoriais, hospitais secundários e terciários.

3 MATERIAL E MÉTODO

O “Aplicação de Protocolo Informatizado no Câncer Colorretal” é estudo de caráter descritivo, e sua exposição segue as Normas para Apresentação de Documentos Científicos da Universidade Federal do Paraná do ano 2000. A confecção do protocolo informatizado será descrita, seguindo os passos da sua implementação, em 2 fases distintas:

- 1) estruturação do protocolo informatizado em coloproctologia;
- 2) aplicação em uma doença: o câncer colorretal.

3.1 ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA.

O desenvolvimento do Protocolo Informatizado em Coloproctologia tomou como base o SINPE© (Sistema Integrado de Protocolos Eletrônicos) de propriedade intelectual do Prof. Dr. Osvaldo Malafaia e registrado no INPI (Instituto Nacional de Propriedade Intelectual) sob número 00051543. Iniciou-se com a criação do protocolo mestre alimentado a partir de uma base teórica de dados clínicos. Por sua vez, o protocolo mestre se refere ao conjunto total de dados informatizados que alimentarão vários questionários relacionados às diversas doenças a serem estudadas, sendo que cada questionário é gerado a partir de um protocolo específico informatizado.

A base teórica de dados clínicos foi criada a partir da revisão de literatura que seguiu os seguintes preceitos: o tema foi limitado às doenças coloproctológicas e a população em estudo maior que 14 anos, não incluídas doenças de caráter congênito.

A revisão bibliográfica foi iniciada a partir da escolha de cinco livros-texto atualizados que foram : *Surgery of the Anus, Rectum and Cólon* (KEIGHLEY, 1997); *Cólon and Rectal Surgery* (CORMAN, 1998); *Coloproctologia: Propedêutica Geral - v.I / Coloproctologia: Propedêutica Nosológica - v.II / Coloproctologia: Terapêutica - v.III* (CRUZ, 1999-2000); *New Trends in Coloproctology* (REIS NETO, 2000); *Hand Book of Cólon & Rectal Surgery* (CORMAN, 2002). Complementando as consultas aos livros-texto, fez-se levantamento sobre cada doença estudada através de busca ativa na internet pelos portais <<http://www.ncbi.nlm.gov/PubMed/>> e <<http://www.bireme.com.br>> nas bases de dados *MEDLINE* e *LILACS*. Foram levantados artigos relevantes sobre cada doença publicados a partir de 1996.

Após a revisão da literatura, as doenças estudadas foram dispostas e relacionadas, na medida do possível, seguindo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (ROCHA, 1994). Porém, em alguns casos, ocorreu o agrupamento de algumas entidades nosológicas em um único título, por afinidades dos dados gerados de cada doença ou pela consagração da abordagem na literatura. As doenças foram dispostas em 28 itens, a saber:

- 1- doença hemorroidária: inclui todas as formas de apresentação da doença (CID: I 84.0 a I 84.9);
- 2- hematoma perianal: sem CID específico;
- 3- fissura anal: Inclui a aguda (CID: K60.0), a crônica (CID: K60.1) e a não especificada (CID: K60.2);
- 4- abscesso anorretoperineal, criptite e papilite anais: inclui todas as formas de apresentação (CID: K60), abordando conjuntamente as criptites e papilites que fazem parte dos processos infecciosos anorretais, sem que estes tenham CID específicos;
- 5 - fistula anorretoperineal: inclui a fistula anal (CID: K60.3), a retal (CID: K60.4) e a anorretal (CID: K60.5);
- 6- fistulas retovaginal e vesicorretal: inclui a fistula retovaginal (CID: N82.3) e a vesicorretal (CID N32.1), além de fistulas para outros órgãos, sem CID específico;
- 7- incontinência anal: inclui incontinência fecal (CID: R 15);
- 8- procidência, prolapso anorretal e úlcera anorretal: inclui prolapso anal (CID: K62.2), prolapso retal (CID: K62.3) e a úlcera retal solitária (CID: K62.6), fazendo parte de uma única entidade;
- 9- estenose anal ou retal: abrange as estenose anais e estenoses retais de diferentes causas (CID K62.4);
- 10- prurido anal e doenças dermatológicas perianais: inclui o prurido anal (CID: L 29.0) podendo este ser primário, ou secundário a diversa forma de dermatopatias perianais primárias (CID: L 00 a L 99) ou secundárias a condições diversas (proctológicas, infecto-parasitárias, actínicas e outras), sem CID específico;
- 11- condiloma anal acuminado e doenças sexualmente transmissíveis anorretais: inclui o condiloma (CID: A 63.0) e toda doença sexualmente transmissível que acometa a região anorretal (CID: A 50 a A 64);

- 12- trauma e corpo estranho em proctologia: inclui traumatismo do reto (CID: S 36.6), do cólon (CID: S36.5), corpo estranho no cólon (CID: T18,4) e no ânus e reto (CID: T18.5);
- 13- doença pilonidal sacrocóccígea: inclui cisto pilonidal com abscesso (CID: L05.0) e sem abscesso (CID: L05.9);
- 14- hidradenite supurativa perianal: inclui hidroadenite (CID: L73.2);
- 15- doença de Crohn (CID: K50);
- 16- retocolite ulcerativa idiopática (CID: K51);
- 17- retocolite actínicas (CID: K62.7);
- 18- retocolites específicas e parasitoses (CID: K52);
- 19- pólipos e neoplasia benignas em proctologia: inclui pólipos anal (CID: K 62.0), pólipos retal (CID: K62.1), neoplasia benigna do cólon (CID:D12.7), neoplasia benigna de reto (CID: D12.8) e neoplasia benigna do canal anal e ânus (CID: D12.9);
- 20- câncer colorretal (CID: C 18, C19 e C 20);
- 21- câncer de ânus e canal anal (CID: C 21);
- 22- doença de Chagas do cólon: inclui megacólon chagásico (CID: K59.3);
- 23- doença diverticular do cólon (CID: K 57);
- 24- doenças do apêndice: inclui apendicites (CID: K35, K36 e K37) e outras doenças benignas do apêndice (CID: K 38);
- 25- hemorragia digestiva baixa (CID: K92);
- 26- obstrução e pseudo-obstrução colônica (CID: K56);
- 27- síndrome do intestino irritável e transtornos funcionais colorretais (CID: K58 e K 59);
- 28- transtornos vasculares colorretal (CID: K55).

Na revisão bibliográfica fez-se o levantamento de toda a informação que tivesse a característica de possível dado com relevância clínica nas doenças coloproctológicas, como por exemplo, a posição de uma lesão específica, droga usada em tratamento específico, ritmo intestinal e resultado de exame laboratorial. Ao todo foram levantados 5255 dados. Estes dados levantados foram agrupados em 115 assuntos relacionados a temas específicos de investigação, como por exemplo, o tratamento cirúrgico de uma doença específica, ou mesmo, um tipo específico de exame de imagem. A cada um destes 115 assuntos atribuiu-se o nome de pasta. As pastas foram incorporadas a sete grandes títulos, sendo que cada um recebeu a denominação de diretório. Os

diretórios estão dispostos na ordem clínica natural, seguindo a investigação, o tratamento e a evolução das doenças anocolorretais.

Estes diretórios são :

- 1- Quadro Clínico em Proctologia;
- 2- Exame Físico e Endoscópico Proctológicos;
- 3- Exames Laboratoriais e Específicos em Proctologia;
- 4- Exames Anatomopatológicos em Proctologia;
- 5- Radiologia em Proctologia;
- 6- Terapêutica em Proctologia;
- 7- Evolução Pós-tratamento das Doenças Proctológicas.

No arranjo da base teórica de dados clínicos, os diretórios estão destacados e seus títulos apresentam letras maiúsculas, da mesma forma que as pastas, sendo que estas possuem espaçamento maior da margem esquerda e apesar de destacadas não estão em letras maiúsculas. Os diretórios e as pastas são precedidos pelos números 1 e 2, respectivamente. Os itens estão dispostos a partir de espaçamento maior da margem esquerda em relação as suas pastas. O número que precede o item indica as suas ramificações em relação ao diretório, ou seja, os dados iniciam a partir do número 3 , pois antes deste existe uma pasta (2) e um diretório (1). Sendo assim, os itens com número 4 são subdivisões de um item de número 3; os itens de número 5 são sub-divisões de um item de número 4 e assim por diante. A seguir apresenta-se um exemplo em forma de tabela (Tabela 1):

TABELA 1- EXEMPLO DE DISPOSIÇÃO DOS DADOS NA BASE TEÓRICA DE DADOS CLÍNICOS

NÍVEL	DIRETÓRIO (1)	PASTA (2)	ITEM (3)	ITEM (4)	ITEM (5)	ITEM (6)	ITEM (7)
1	EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS						
2	Anuscopia						
3	Anuscopia alterada						
4	Mamilo hemorroidário						
5	Mamilo interno						
6	Primeiro grau						
7	Lateral esquerda						

O resultado final desta primeira fase do estudo foi a criação da base teórica de dados clínicos que estão demonstrados em forma de organograma anexo à tese (Apêndice 1). Esta base de dados clínicos estruturará o protocolo mestre quando digitalizada.

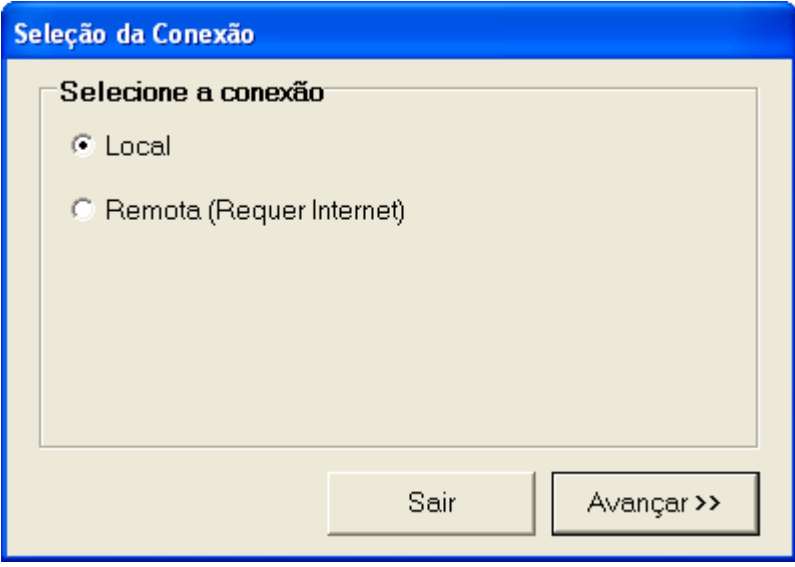
A estrutura do programa de computador basicamente é formada por dois componentes. O primeiro é representado por um banco de dados gerenciado pelo segundo componente, o aplicativo propriamente dito. Para sanear os problemas estruturais das versões anteriores, iniciou-se o desenvolvimento de nova versão contendo estrutura física de bancos de dados totalmente reformulada. O novo software foi desenvolvido na linguagem C# (C-Sharp) utilizando a nova tecnologia de programas da Microsoft® denominada de *.net Framework*. O banco de dados utilizado nesta versão foi o Access®.

O sistema de navegação do programa de computador, para reconhecimento dos componentes contidos na interface, é idêntico ao sistema operacional do *Microsoft Windows®* e sua apresentação se faz através de um ícone denominado Protocolo localizado no *desktop*.

A seguir, serão demonstradas figuras correspondentes às diversas telas que ilustram os componentes do *software*. Para melhor ser compreendido, o leitor pode fazer o *download* do programa, instalando o *CD-ROM* que acompanha este texto, e navegar pelo programa simultaneamente à sua leitura.

O SINPE© para *Windows®* inicia com a tela de seleção da conexão (Figura 1). Nesta tela o usuário pode escolher com qual banco de dados o sistema irá se conectar, no caso do presente estudo utilizou-se conexão local, ou seja, o contido no *hard driver* próprio do computador; caso fosse utilizada conexão remota esta se daria com um banco de dados remoto através da internet.

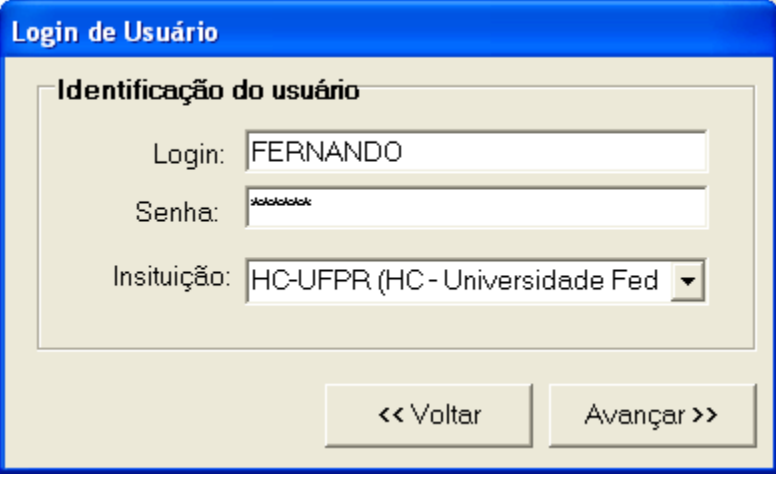
FIGURA 1- ESCOLHA DO TIPO DE CONEXÃO



A screenshot of a Windows-style dialog box titled "Seleção da Conexão". Inside the dialog, there is a section titled "Selecione a conexão" with two radio button options: "Local" (which is selected) and "Remota (Requer Internet)". At the bottom of the dialog, there are two buttons: "Sair" and "Avançar >>".

Após a seleção da conexão, o sistema solicita a autenticação do usuário no sistema, onde ele deverá informar o seu *login*, senha e instituição (Figura 2).

FIGURA 2- AUTENTICAÇÃO DO USUÁRIO



A screenshot of a Windows-style dialog box titled "Login de Usuário". Inside the dialog, there is a section titled "Identificação do usuário" with three input fields: "Login:" containing the text "FERNANDO", "Senha:" containing masked characters "xoxoxoxox", and "Instituição:" with a dropdown menu showing "HC-UFPR (HC - Universidade Fed)". At the bottom of the dialog, there are two buttons: "<< Voltar" and "Avançar >>".

O software possui sistema de segurança, que exige o código e a senha do interessado em acessá-lo. O controle de acesso ao Sinpe © é realizado em dois níveis. No primeiro, são verificados o nome, senha e instituição a qual o usuário pertence. Já no segundo, o usuário seleciona um protocolo mestre no qual ele tem permissão de acesso. A permissão por protocolo só pode ser outorgada por um super-usuário. As permissões são: administrador, coletor, pesquisador e visualizador. Cada usuário só poderá pertencer a uma única instituição.

O usuário administrador tem acesso ao protocolo mestre, protocolos específicos e dados coletados, além das funções normais dos outros usuários. A segunda forma de permissão é como usuário coletador de dados que cadastra pacientes, médicos e alimenta os protocolos específicos com as informações clínicas referentes aos pacientes. O pesquisador não tem permissão de incluir pacientes, médicos ou dados no protocolo, porém tem acesso aos dados já coletados podendo fazer pesquisas. O visualizador não tem permissão de manipular nenhum dado, somente visualizar o que já foi coletado.

O super-usuário pode dar permissão a um usuário para visualizar, coletar, ou administrar um protocolo mestre, mesmo que este usuário seja de outra instituição em relação ao criador do protocolo. Esta característica permite que membros de instituições distintas cooperem na constituição de um protocolo.

Estando o usuário e senha autenticados no sistema com sucesso, este exibirá lista de seleção do protocolo mestre com o qual o usuário deseja trabalhar, conforme figura 3. Esta lista de protocolos exibida ao usuário é pertinente somente aos protocolos que o usuário tem permissão de acesso, seja como administrador ou coletor.

FIGURA 3- SELEÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE

A interface 'Seleção do Protocolo Mestre' apresenta o seguinte layout:

- Título:** Seleção do Protocolo Mestre
- Saudo:** Olá, **Fernando Marcus Felipe Jorge**
- Informação de Usuário:** Você é um SUPER USUÁRIO, selecione o protocolo mestre que deseja ou crie um novo.
- Lista de Seleção:** Um menu suspenso contendo 'Proctologia - Administrador'.
- Botão:** 'Protocolos Cadastrados'.
- Seção de Cadastro:** 'Cadastros (Atribuições do Super Usuário)'.
- Botões de Cadastro:** 'Instituição', 'Usuário' e 'Permissões'.
- Status:** 'Conexão local: True'.
- Botões de Navegação:** '<< Voltar' e 'Avançar >>'.

Na tela anterior, somente o super-usuário tem as atribuições de cadastro das instituições, de novos usuários e as permissões concedidas aos mesmos (Figuras 4 a 6).

FIGURA 4- CADASTRO DE INSTITUIÇÕES

Cadastro de Instituições

Dados da Instituição

Código: 1

Nome: HC - Universidade Federal do Paraná

Endereço: R. Gal. Carneiro, 181

Sigla: HC-UFPR

Cidade: Curitiba-PR

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

Instituições Cadastradas

idInstituicao	sNomeInsti	sEndereco	sSigla	sCidade
1	HC - Univer	R. Gal. Carneiro, 1	HC-UFPR	Curitiba-PR
29	Hospital de	SQS 101	HBDF	Brasília-DF
30	Hospital Re	SQN 101	HRAN	Brasília-DF

Fechar

FIGURA 5- CADASTRO DE USUÁRIOS

Cadastro dos Usuários do Sistema

Dados do usuário

Código: 128

Nome: Vital Brasil

Login: Farias

Senha: Não visível

Email: não informado

Tipo: Usuário Comum

Instituição: HC - Universidade Federal do Paraná

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

Usuários Cadastrados

idUsuario	sNomeUsu	sLogin	sSenha	sEmail	sTipoUsuar	idIn	sNomeInstituicao	sDescricaoTipo	sAtribuicoes
1	Emerson P	emerson	Não visível	(null)	S	1	HC - Universidade Federal do Paran	Super Usuário	Criar protocolos mesti
128	Vital Brasil	Farias	Não visível	não inform	C	1	HC - Universidade Federal do Paran	Usuário Comum	Apenas utiliza o siste
4	Fernando	fernando	Não visível	não inform	S	29	Hospital de Base do DF	Super Usuário	Criar protocolos mesti
127	Fernando	FernandoJ	Não visível	não inform	S	30	Hospital Regional da Asa Norte	Super Usuário	Criar protocolos mesti

Fechar

FIGURA 6- PERMISSÃO DOS USUÁRIOS

Cadastro dos Usuários do Sistema

Dados do usuário

Código: 129

Nome: Vital Brasil

Login: Vital

Senha: Não visível

Email: não informado

Tipo: Usuário Comum

Instituição: HC - Universidade Federal do Paraná

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

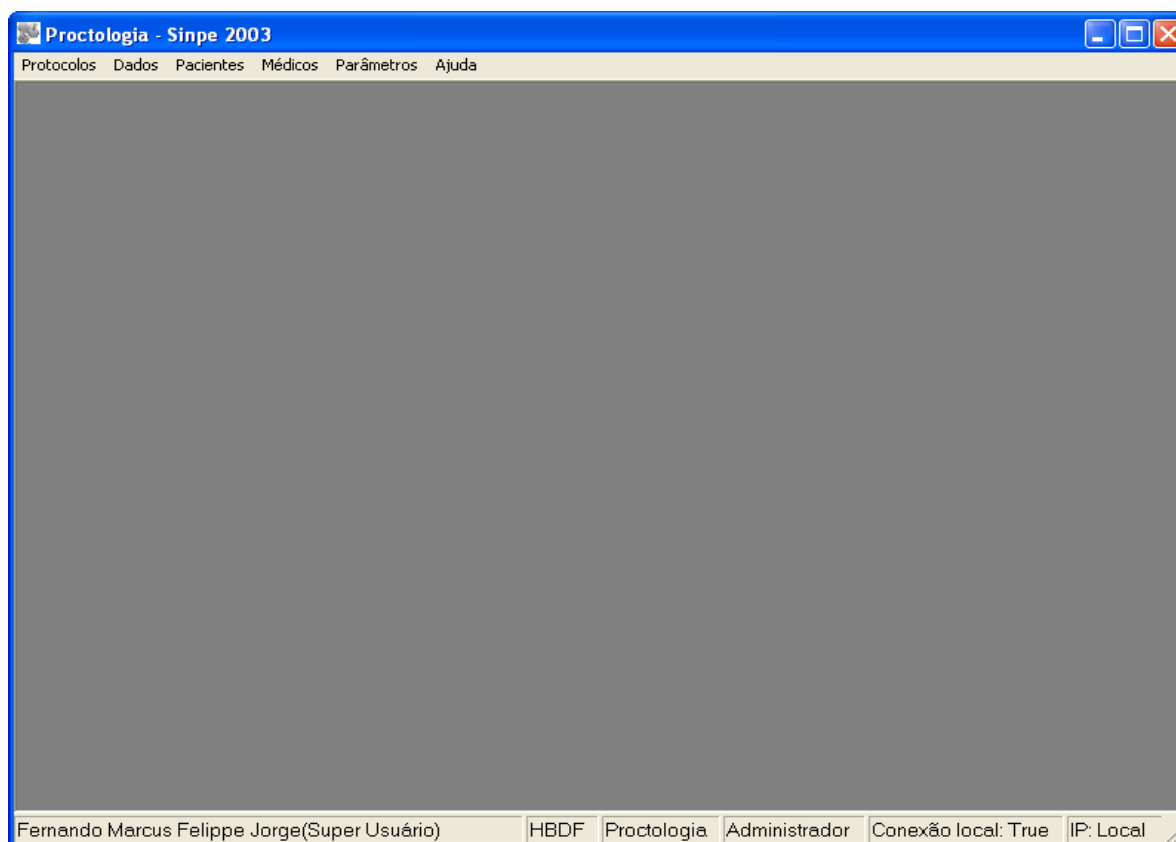
Usuários Cadastrados

idUsuario	sNomeUsuario	sLogin	sSenha	sEmail	sTi	idl	sNomeInstituicao	sDescricaoTipoUsuario	sAtribuicoes
1	Emerson Paulo Bo	emerson	Não visível	(null)	S	1	HC - Universidade Federal	Super Usuário	Criar protocolos me
129	Vital Brasil	Vital	Não visível	não inform	C	1	HC - Universidade Federal	Usuário Comum	Aperias utiliza o sist
4	Fernando Marcus	fernando	Não visível	não inform	S	29	Hospital de Base do DF	Super Usuário	Criar protocolos me
127	Fernando Marcus	FernandoJ	Não visível	não inform	S	30	Hospital Regional da Asa N	Super Usuário	Criar protocolos me

Fechar

Após a confirmação do *login*, senha, instituição e escolha do protocolo mestre, o sistema apresenta a tela principal (Figura 7) contendo uma barra de opções na sua margem superior, com seis opções de janela de acesso: “Protocolos”, “Dados”, “Pacientes”, “Médicos”, “Parâmetros” e “Ajuda”, enquanto que, na margem inferior estão expostas informações sobre o usuário e o protocolo mestre que está sendo utilizado. O item “Protocolos” permite ao usuário administrador, o acesso aos protocolos mestre e específico, através das suas duas primeiras opções (sub-itens) : “Mestre” e “Específico”. Elas não são acessíveis ao usuário comum (coletor, pesquisador e visualizador). A aplicação destes sub-itens permite, ao administrador, a inclusão de novos dados, ou mesmo alterações, na base de dados do protocolo mestre e realizar reestruturações nos protocolos específicos (edição). O item “Dados” é acessível também ao usuário comum permitindo a coleta e pesquisa, dependendo da permissão do usuário. Os itens “Pacientes” e “Médicos” estão relacionados ao cadastramento dos médicos e seus pacientes incluídos no protocolo. O item “Parâmetro”, acessível somente aos super-usuários e administradores, está relacionado às permissões descritas acima e na configuração de unidade de medidas como centímetro, gramas, etc. O item “Ajuda”, que ainda está em construção, tem por objetivo auxiliar os usuários que navegam no programa.

FIGURA 7- TELA PRINCIPAL DO SINPE© PARA WINDOWS ®

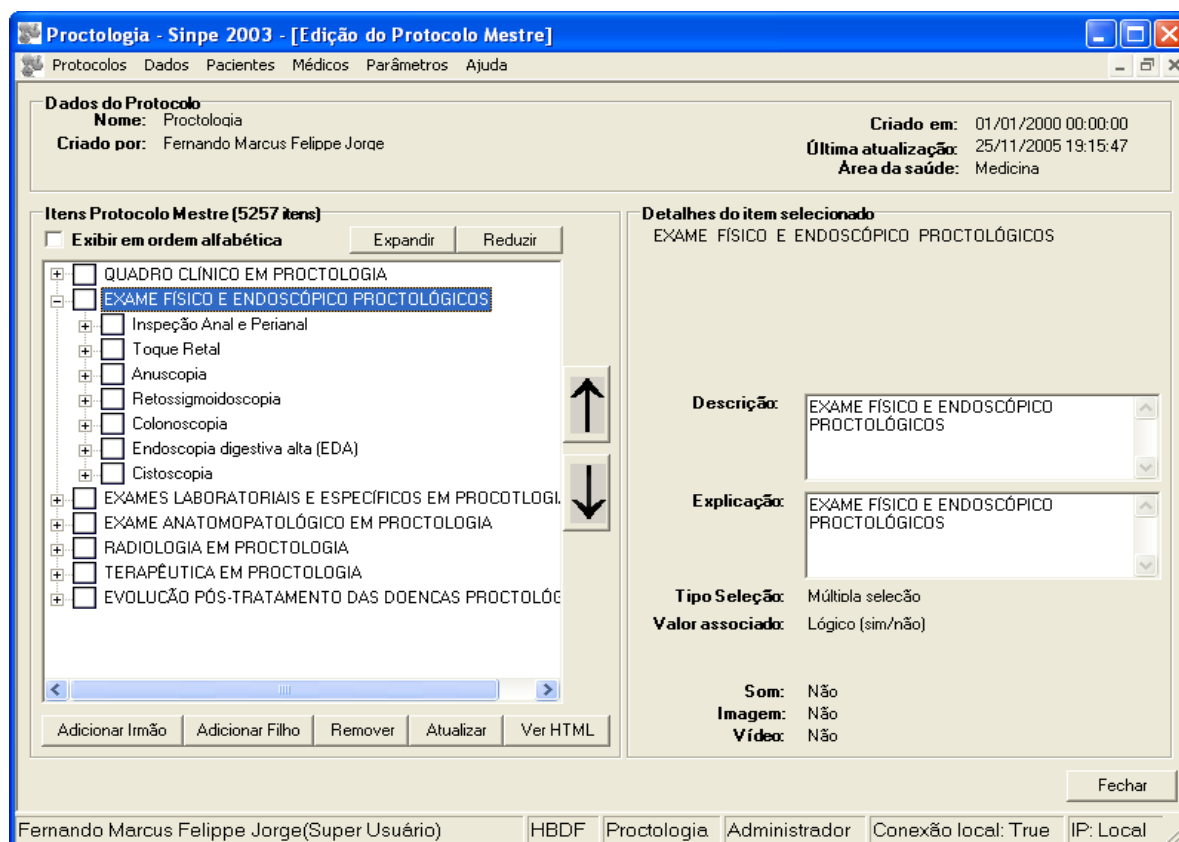


A última opção comum a todos tipos de usuários é o sub-item “Sair”, usado para fechar o programa.

A criação do protocolo informatizado em coloproctologia faz-se ao carregar a base teórica de dados clínicos na janela de edição protocolo mestre, seguindo esquema composto por pastas, arquivos e arquivos ramificados, distribuídos em níveis, sendo que a cada componente pode-se adicionar arquivos ou pastas irmãos e filhos, através de dois comandos simples: o comando “Adicionar irmão” e o “Adicionar filho”. O sentenciamento destes arquivos na janela “criando novo item no protocolo mestre” pode ser feito como múltipla seleção (múltipla escolha) ou única seleção, associado ou não a valores numéricos, tempo, textos ou taxas e captura de imagens e sons.

O protocolo mestre em coloproctologia acessível pelo sub-item “Mestre”, quando aberto exibe sete diretórios fechados: “Quadro Clínico em Proctologia”, “Exame Físico e Endoscópico Proctológicos”, “Exames Laboratoriais e Específicos em Proctologia”, “Exames Anatomopatológicos em Proctologia”, “Radiologia em Proctologia”, “Terapêutica em Proctologia” e ‘Evolução Pós-tratamento das Doenças Proctológicas’, sendo que quando abertos expõe suas pastas (Figura 8).

FIGURA 8- EDIÇÃO DO PROTOCOLO MESTRE



Os protocolos específicos são formados a partir da seleção de pastas contidas no protocolo mestre relacionadas à doença em questão. Isto é feito através do acesso do sub-item “Específico” vinculado ao item “Protocolo” da barra de opções. A janela “Edição do Protocolo Específico” se destina à edição ou criação de um novo protocolo específico através do item “Protocolos Específicos Cadastrados” que abre a janela de cadastro dos protocolos específicos. Para inclusão de um novo protocolo específico (nova doença) é necessário um título (nome da doença) e sua descrição (Classificação Internacional de Doenças, CID-10). Depois de completada a inclusão de todos os dados no protocolo mestre, foram confeccionados 28 protocolos específicos, através da seleção individualizada de cada pasta. As figuras 9 e 10 demonstram as doenças cadastradas no Protocolo Informatizado em Coloproctologia.

FIGURA 9- CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS

Cadastro de Protocolos Específicos

Dados do Protocolo Específico

Código: 1030

Nome: Obstrução e Pseudo-obstrução Colônica

Descrição: K 56

Data Criação: 12/04/2004 21:23:51

Atualizado em: 13/04/2005 20:57:27

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

idProtocoloEs	sNomeProtocolo	sDescricaoProtocolo	dDataCriacao	dDataUltimaAtualiz
33	Abcesso Anorretoperineal, Cripite e Papilite Anais	K 60 / Cripitites e Papilites Anais	24/09/2003	13/04/2005
46	Câncer Colorretal	C18 / C 20	24/09/2003	25/11/2005
47	Câncer de Ânus e Canal Anal	C 21	24/09/2003	13/04/2005
40	Condiloma Anal Acuminado e Doenças Sexualmente Transmissíveis	A 63.0 / A 50 - A 64	24/09/2003	13/04/2005
1026	Doença de Chagas do Colon	K59.3	12/04/2004	13/04/2005
1025	Doença de Crohn	K 50	12/04/2004	13/04/2005
1027	Doença Diverticular do Colon	K 57	12/04/2004	13/04/2005
30	Doença Hemorroidária	I 84.0 - I 84.9	24/09/2003	13/04/2005
42	Doença Pilonidal Sacrococcígea	L 05.0 / L 05.9	24/09/2003	13/04/2005
1028	Doenças do Apêndice	K 35 - K 38	12/04/2004	13/04/2005
38	Estenose Anal e Retal	K 62.4	24/09/2003	13/04/2005
32	Fissural Anal	K 60.0 / K 60.1 / K 60.2	24/09/2003	13/04/2005
34	Fístula Anorretoperineal	K 60.3 / K 60.4 / K 60.5	24/09/2003	13/04/2005
35	Fistulas Retovaginal e Vesicorretal	N 82.3 / N 32.1/ Fistulas retais para outros órgãos	24/09/2003	13/04/2005
31	Hematoma Perianal	Hematoma perianal	24/09/2003	13/04/2005
1029	Hemorragia Digestiva Baixa	K 92	12/04/2004	13/04/2005
43	Hidradenite Supurativa Perianal	L 73.2	24/09/2003	13/04/2005
36	Incontinência Anal	R 15	24/09/2003	13/04/2005
1030	Obstrução e Pseudo-obstrução Colônica	K 56	12/04/2004	13/04/2005

Fechar

FIGURA 10- CADASTRO DE PROTOCOLOS ESPECÍFICOS (CONTINUAÇÃO)

Cadastro de Protocolos Específicos

Dados do Protocolo Específico

Código: 1030

Nome: Obstrução e Pseudo-obstrução Colônica

Descrição: K 56

Data Criação: 12/04/2004 21:23:51

Atualizado em: 13/04/2005 20:57:27

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

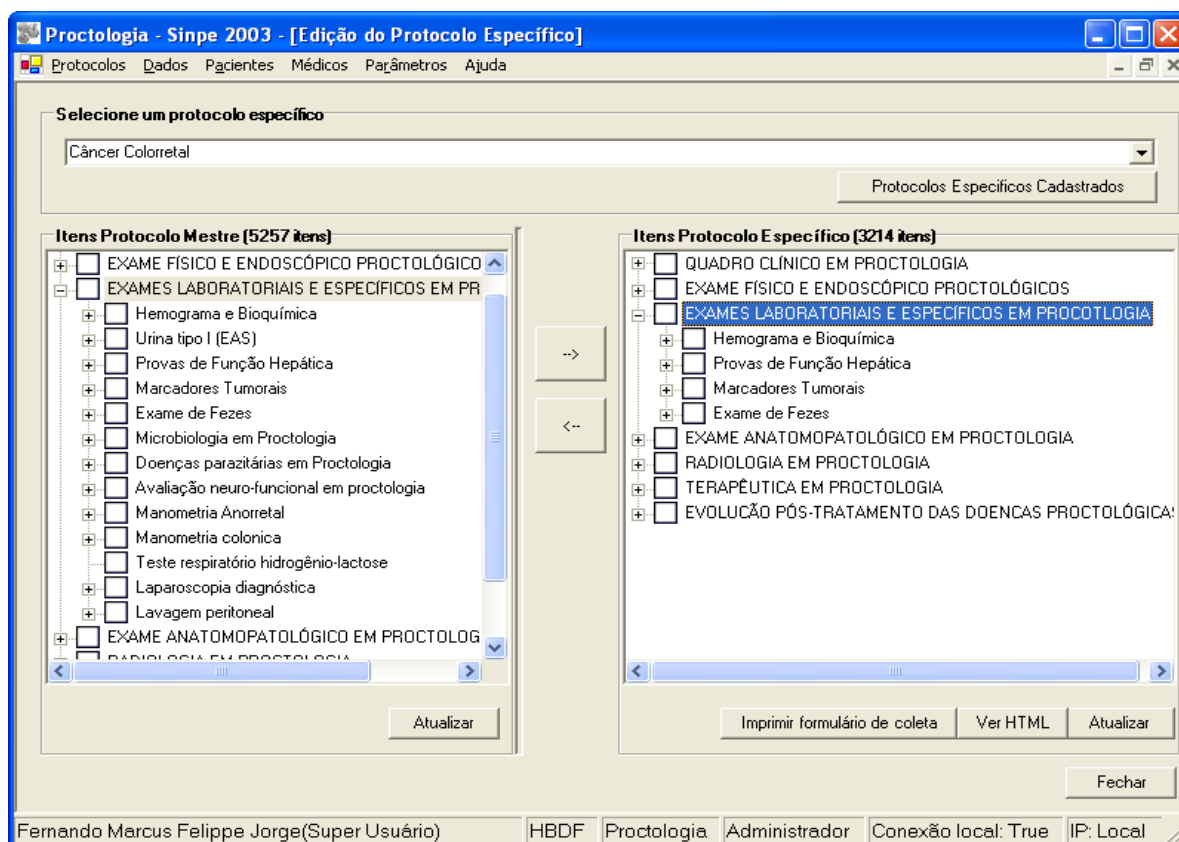
idProtocoloEs	sNomeProtocolo	sDescricaoProtocolo	dDataCriacao	dDataUltimaAtualiz
1028	Doenças do Apêndice	K 35 - K 38	12/04/2004	13/04/2005
38	Estenose Anal e Retal	K 62.4	24/09/2003	13/04/2005
32	Fissural Anal	K 60.0 / K 60.1 / K 60.2	24/09/2003	13/04/2005
34	Fístula Anorretoperineal	K 60.3 / K 60.4 / K 60.5	24/09/2003	13/04/2005
35	Fistulas Retovaginal e Vesicorretal	N 82.3 / N 32.1/ Fistulas retais para outros órgãos	24/09/2003	13/04/2005
31	Hematoma Perianal	Hematoma perianal	24/09/2003	13/04/2005
1029	Hemorragia Digestiva Baixa	K 92	12/04/2004	13/04/2005
43	Hidradenite Supurativa Perianal	L 73.2	24/09/2003	13/04/2005
36	Incontinência Anal	R 15	24/09/2003	13/04/2005
1030	Obstrução e Pseudo-obstrução Colônica	K 56	12/04/2004	13/04/2005
45	Pólipos e Neoplasias Benignas em Proctologia	K 62.0 / K 62.1 / D12.7 / D 12.8 / D 12.9	24/09/2003	05/09/2005
37	Procidência ou Prolapso Anorretal e Úlcera Anorretal	K 62.2 / K62.3 / K62.6	24/09/2003	13/04/2005
39	Prurido Anal e Doenças Dermatológicas Perianais	L 29.0 / L00 a L99	24/09/2003	13/04/2005
1033	Retocolite Acínica	K62.7	13/04/2005	13/04/2005
1024	Retocolite Ulcerativa Idiopática	K 51	12/04/2004	13/04/2005
44	Retocolites Específicas e Parazitoses	K 52	24/09/2003	13/04/2005
1032	Síndrome do Intestino Irritável e Transtornos Funcionais Colorretais	K59 / K 59	12/04/2004	13/04/2005
1031	Transtornos Vasculares Colorretal	K 55	12/04/2004	13/04/2005
41	Trauma e Corpo Estranho em Proctologia	S36.5 / S 36.6 / T18.4 / T 18.5 / K63.1	24/09/2003	13/04/2005

Fechar

A edição dos protocolos específicos é possível após escolha de uma doença na janela “Edição do Protocolo Específico” que permite configurar as pastas que irão compor novo protocolo

específico ou modificar protocolo específico já existente, a partir da extração ou devolução de pastas do protocolo mestre com um simples mecanismo de setas (Figura 11). Porém, a partir do momento que um protocolo específico começa a ser carregado com dados externos, lançados por um coletador, a devolução de pastas com dados salvos não pode mais ser feita. No entanto, cada pasta pode ter seu conteúdo alterado (ampliado), através do protocolo mestre, dando caráter dinâmico e atualizável aos protocolos específicos.

FIGURA 11- EDIÇÃO DO PROTOCOLO ESPECÍFICO



A utilização do software como aplicativo simples, ou seja, o preenchimento por médicos dos protocolos específicos com dados de pacientes, se faz primeiramente pelo cadastramento do paciente no momento da internação hospitalar ou atendimento ambulatorial no item “Pacientes” pertencente à barra de opções. A janela “Cadastro de pacientes” solicita dados cadastrais subjetivos (número do prontuário, nome do paciente, profissão, CPF, registro geral de identidade e data de nascimento) e objetivos (sexo e raça), e permite corrigir dados de pacientes anteriormente cadastrados (Figura 12).

FIGURA 12- CADASTRO DE PACIENTES

Cadastro de Pacientes

Dados do Paciente

Código: 3564

Nome: A [REDACTED]

Sexo: Feminino

Raça: Parda

Profissão:

D. Nasc.: 12/04/1936

Prontuário: 637305

Doc. RG:

Doc. CPF:

Outro Doc.:

N. Outro Doc.:

Inserir Excluir Alterar Cancelar Gravar

Pacientes Cadastrados

idPaciente	sNomePaciente	idInstituicao	sNomeInstituicao	dDataCadastro	idUsuarioC	sNomeUsuarioCadastro
3559	José Batista de Oliveira	29	Hospital de Base do DF	19/01/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3560	Rafaela Gonçalves de Souza	29	Hospital de Base do DF	09/02/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3563	Marcos Antônio de Fátima	29	Hospital de Base do DF	16/02/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3562	Marcos Antônio de Fátima	29	Hospital de Base do DF	08/03/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3642	Rafaela Gonçalves de Souza	29	Hospital de Base do DF	22/03/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3565	Ilseze Evelyn de Oliveira	29	Hospital de Base do DF	29/03/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3564	Alexandre de Souza	29	Hospital de Base do DF	12/04/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3561	Viviane de Souza Lima	29	Hospital de Base do DF	19/04/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3569	Maria Luiza de Fátima	29	Hospital de Base do DF	26/04/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3567	Silvina Ferreira de Vas	29	Hospital de Base do DF	17/05/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3566	Ivete Gonçalves de Souza	29	Hospital de Base do DF	24/05/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3568	Alves Mendes de Vas	29	Hospital de Base do DF	16/06/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3570	Elaine Pereira de Souza	29	Hospital de Base do DF	28/06/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3571	Rafaela Gonçalves de Souza	29	Hospital de Base do DF	28/06/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge
3623	Marcos Antônio de Fátima	29	Hospital de Base do DF	04/07/2004	4	Fernando Marcus Felipe Jorge

Fechar

Após a inclusão do novo paciente inicia-se a coleta de dados através do sub-item “Coletar” vinculado ao item “Dados” da barra de opções. Esta tela possibilita dar continuidade a uma coleta já iniciada exposta em lista para seleção, utilizando-se o item “Visualizar/Editar Coleta”, ou utilizar o comando “Nova Coleta” que possibilita a seleção de um novo paciente, sua doença (protocolo específico) e o nome do médico responsável. Após este procedimento, o programa se transforma em um questionário objetivo, fechado e com opções diretas, avançando-se através de abertura das pastas específicas. Os dados assinalados para serem armazenados no banco de dados, ao final de cada coleta, o coletador deve clicar no comando “Salvar”. A utilização do comando “Finalizar coleta” indica que nenhum dado pode ser adicionado em coletas futuras para este paciente (Figura 13). A versão atual do SINPE© permite aos coletadores menos experientes simularem coletas de todos os protocolos específicos através do sub-item “Simular coleta” vinculado ao item “Dados” da barra de opções, com intuito de dar mais domínio e agilidade à manipulação da ferramenta que resulta em menor tempo de preenchimento dos questionários eletrônicos.

FIGURA 13- COLETA DE DADOS

A avaliação dos dados coletados pode ser feita acessando-se o sub-item “Pesquisa”, vinculado ao item “Dados” da barra de opções. Este item solicita o protocolo específico a ser pesquisado, permite escolher as instituições de origem dos pacientes e dá opções para delimitação da pesquisa: dados conjuntos, disjuntos ou exatos e período em que as coletas foram feitas. Nesta janela pode-se visualizar as características dos dados em evidência (Parâmetros do Item Selecionado), valores absolutos e relativos da ocorrência do dado em pesquisa com valor médio no caso de dados numéricos (Resultados da Estatística) e a lista de pacientes e suas instituições que alimentaram este dado, sendo que, quando o paciente pertence à instituição diferente a que o pesquisador tem permissão, o nome dele não é revelado, mas sim, somente os dados da sua coleta (Figura 14).

A melhor forma de se pesquisar é utilizando o tipo “itens conjunto” no qual se escolhe um dado, pela dupla “clicação”. Após alguns segundos surge o número absoluto de pacientes com este dado coletado. A partir daí tem-se acesso aos valores relativos dos itens subordinados a este dado. Para uma nova pesquisa deve-se fechar e abrir a janela dos dados.

FIGURA 14- PESQUISA DE DADOS

Proctologia - Sinpe 2003 - [Pesquisa]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Critérios da Pesquisa
Protocolo Específico: Câncer Colorretal
Tipo de pesquisa: Itens conjuntos (operador E)
 Período de coleta: ☐ Antes de: ☐ Depois de: ☐ Entre: ☒ Qualquer:

Pacientes das Instituições:
☐ HC-UFPR (HC - Universidade Federal do Paraná)
☒ HBDF (Hospital de Base do DF)
☒ HRAN (Hospital Regional da Asa Norte)
☒ Considerar coletas NÃO finalizadas

Itens da pesquisa

- ☐ EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS
- ☐ EXAMES LABORATORIAIS E ESPECÍFICOS EM PROCO
- ☐ Hemograma e Bioquímica
- ☐ Provas de Função Hepática
- ☐ Marcadores Tumorais
 - ☐ CEA - Antígeno Carcinoembriogênico
 - ☒ Pré-operatório
 - ☐ Pós-operatório
 - ☐ alfa-fetoproteína
 - ☐ SCC - Carcinoma de Células Escamosas
 - ☐ POA - Antígeno Pancreático Oncofetal
 - ☐ TPA - Antígeno polipeptídico tissular
 - ☐ CYFRA - Fragmento de citoqueratina
 - ☐ CA 19-9
 - ☐ CA 50

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Parâmetros do Item Selecionado | Resultados da Estatística | Coletas Localizadas

Item:
 EXAMES LABORATORIAIS E ESPECÍFICOS EM PROCTOLOGIA ->
 Marcadores Tumorais -> CEA - Antígeno Carcinoembriogênico -> Pré-operatório

Quantidade de coletas encontradas: 84
Percentual de ocorrências: 36,90476 %
Valor médio: 9,360968

Ver HTML | Iniciar Pesquisa | Fechar

Fernando Marcus Felipe Jorge(Super Usuário) HBDF Proctologia Administrador Conexão local: True IP: Local

Este software não permite fazer cruzamento de dados ou análises estatísticas. Este processo fica a cargo de outro aplicativo, o SINPE Analisador®, que utiliza a base de dados coletados com este propósito.

3.2 APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA NO CÂNCER COLORRETAL

A criação do protocolo específico Câncer Colorretal foi concluída em 2003. Em janeiro de 2004 foram iniciadas coletas simultâneas em dois centros hospitalares distintos localizados na cidade de Brasília. O primeiro chama-se Unidade de Coloproctologia do Hospital de Base do Distrito Federal, tratando-se do principal centro de referência na especialidade da capital do país. O outro centro de coleta foi a Unidade de Cirurgia Geral do Hospital Regional da Asa Norte, ambos pertencentes à rede da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal vinculada a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) com atividades de graduação (medicina) e residência médica.

As coletas foram programadas para serem realizadas em todos pacientes que se submetiam a tratamento cirúrgico por câncer colorretal nas duas instituições. Os protocolos seriam carregados durante as internações na enfermaria, no período das altas hospitalares e nos retornos ambulatoriais. O período programado de coleta contínua seria de dois anos.

O protocolo específico Câncer Colorretal é formado por 3140 itens extraídos a partir do protocolo mestre, distribuídos em 7 diretórios formados por 39 pastas, conforme ilustram as figuras 15, 16 e 17. Estas pastas contêm 3092 dados passíveis de investigações em pesquisas, os quais podem ser identificadas em destaque (cor azul) no organograma do protocolo mestre em anexo, sendo que cada uma das pastas, indicadas pelo número dois (2), pertencentes ao protocolo específico Câncer Colorretal está impressa com letras azuis, assim como os seus dados categorizados pelos números 3,4,5,6,7, 8 e 9.

FIGURA 15- CÂNCER COLORRETAL ATÉ PASTA “CITOMETRIA DE FLUXO”

Proctologia - Sinpe 2003 - [Coleta de dados]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Dados da Coleta
 Paciente: Paciente Teste
 Protocolo específico: Câncer Colorretal

Itens

- ☐ QUADRO CLÍNICO EM PROCTOLOGIA
 - ☐ Idade do paciente no diagnóstico (anos)
 - ☐ Tempo de início do quadro clínico
 - ☐ Sinais e Sintomas em Proctologia
 - ☐ Fatores de Risco / História Móbida Progressa
- ☐ EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS
 - ☐ Inspeção Anal e Perianal
 - ☐ Toque Retal
 - ☐ Anuscopia
 - ☐ Retossigmoidoscopia
 - ☐ Colonoscopia
 - ☐ Cistoscopia
- ☐ EXAMES LABORATORIAIS E ESPECÍFICOS EM PROCTOLOGIA
 - ☐ Hemograma e Bioquímica
 - ☐ Provas de Função Hepática
 - ☐ Marcadores Tumorais
 - ☐ Exame de Fezes
- ☐ EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM PROCTOLOGIA
 - ☐ Marcadores Genéticos
 - ☐ **Citometria de Fluxo**

Detalhes do item selecionado
 EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM PROCTOLOGIA -> Citometria de Fluxo

☐ Item Selecionado

Explicação: Citometria de Fluxo

Tipo Seleção: Múltipla seleção

Valor associado: Lógico (sim/não)

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Finalizar coleta Salvar Fechar

Fernando Marcus Felipe Jorge(Super Usuário) HBDF Proctologia Administrador Conexão local: True IP: Local

FIGURA 16- CÂNCER COLORRETAL ATÉ PASTA “HEMOTERAPIA”

Proctologia - Sinpe 2003 - [Coleta de dados]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Dados da Coleta
 Paciente: Paciente Teste
 Protocolo específico: Câncer Colorretal

Itens

- ☐ Marcadores Genéticos
- ☐ Citometria de Fluxo
- ☐ Pólipos Colorretais
- ☐ Neoplasias em Proctologia
- ☐ Estadiamento de Neoplasia em Proctologia
- ☐ Congelação
- ☐ **RADIOLOGIA EM PROCTOLOGIA**
 - ☐ Radiografia Simples de Abdome
 - ☐ Radiografia de Tórax
 - ☐ Enema Opaco
 - ☐ Urografia excretora ou Pielografia
 - ☐ Cistografia
 - ☐ Ultra-sonografia em Proctologia (convencional)
 - ☐ Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
 - ☐ Tomografia Computadorizada em Proctologia
 - ☐ Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
 - ☐ Cintilografia em Proctologia
- ☐ **TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA**
 - ☒ **Hemoterapia**
 - ☐ Utilização de Antibioticoterapia / antibioticoprofilaxia

Detalhes do item selecionado
 TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA -> Hemoterapia

☐ **Item Selecionado**

Explicação: Hemoterapia

Tipo Seleção: Múltipla seleção

Valor associado: Lógico (sim/não)

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Finalizar coleta Salvar Fechar

Fernando Marcus Felipe Jorge(Super Usuário) HBDF Proctologia Administrador Conexão local: True IP: Local

FIGURA 17- CÂNCER COLORRETAL (PROTOCOLO FINALIZADO)

Proctologia - Sinpe 2003 - [Coleta de dados]

Protocolos Dados Pacientes Médicos Parâmetros Ajuda

Dados da Coleta
 Paciente: Paciente Teste
 Protocolo específico: Câncer Colorretal

Itens

- ☐ Radiografia de Tórax
- ☐ Enema Opaco
- ☐ Urografia excretora ou Pielografia
- ☐ Cistografia
- ☐ Ultra-sonografia em Proctologia (convencional)
- ☐ Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
- ☐ Tomografia Computadorizada em Proctologia
- ☐ Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
- ☐ Cintilografia em Proctologia
- ☐ **TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA**
 - ☒ **Hemoterapia**
 - ☐ Utilização de Antibioticoterapia / antibioticoprofilaxia
 - ☐ Achados cirúrgicos no Câncer colorretal
 - ☐ Tratamento cirúrgico do Câncer colorretal
 - ☐ Quimioterapia / Radioterapia do Câncer em proctologia
 - ☐ Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
- ☐ **EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS PROCTOLÓGICAS**
 - ☐ Tempo de internação hospitalar (dias)
 - ☐ Complicações após tratamento das Neoplasia Proctológicas
 - ☐ Evolução do Câncer Proctológico após Tratamento

Detalhes do item selecionado
 TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA -> Hemoterapia

☐ **Item Selecionado**

Explicação: Hemoterapia

Tipo Seleção: Múltipla seleção

Valor associado: Lógico (sim/não)

☒ Marcar/Desmarcar ao duplo clique

Finalizar coleta Salvar Fechar

Fernando Marcus Felipe Jorge(Super Usuário) HBDF Proctologia Administrador Conexão local: True IP: Local

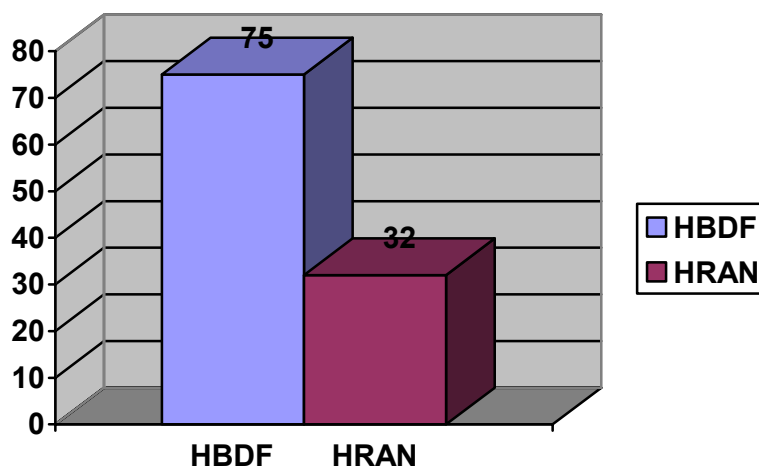
4 RESULTADOS

As coletas foram iniciadas em janeiro de 2004, em ambas instituições. A inclusão de novos pacientes no protocolo ocorreu até dezembro de 2005, concluindo período de 2 anos de captura de pacientes. Porém, o seguimento dos cadastrados só foi interrompido em agosto de 2006, totalizando período de 32 meses.

Os dados coletados por estes protocolos podem ser observados pelo leitor através do comando “Pesquisar” sub-item de “Dados” da barra de opções. Esta opção abre uma janela na qual deve-se escolher o protocolo específico “Câncer Colorretal”, assinalar as instituições HBDF (Hospital de Base do Distrito Federal) e HRAN (Hospital Regional da Asa Norte) e efetua pesquisa do tipo “itens conjuntos”. A janela possui distribuição nos moldes do protocolo específico e expõe o número absoluto e relativo de dados assinalados em uma doença. Nesta janela também existe a possibilidade de delimitação da pesquisa pelo intervalo entre períodos de coletas. Os dados são expostos por parâmetros, valores estatísticos e lista de pacientes com o dado positivo, como demonstrado na figura 14.

Foram incluídos no protocolo 107 pacientes entre o período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005, oriundo dos dois serviços (Gráfico 1) e com as características epidemiológicas demonstradas pelos gráficos 2,3 e 4.

GRÁFICO 1- ORIGEM DOS PACIENTES POR INSTITUIÇÃO



Total: 107 pacientes

GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR SEXO

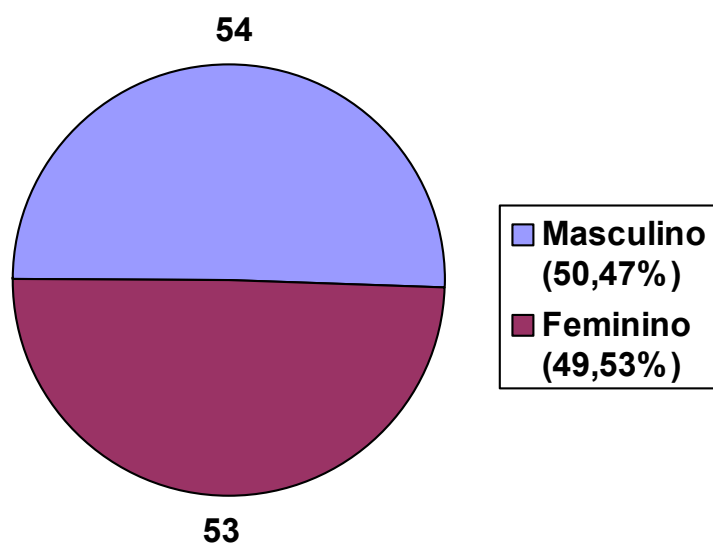
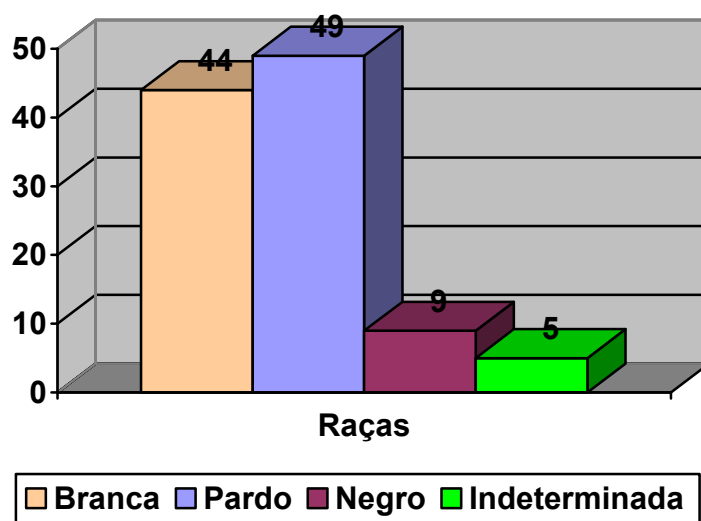
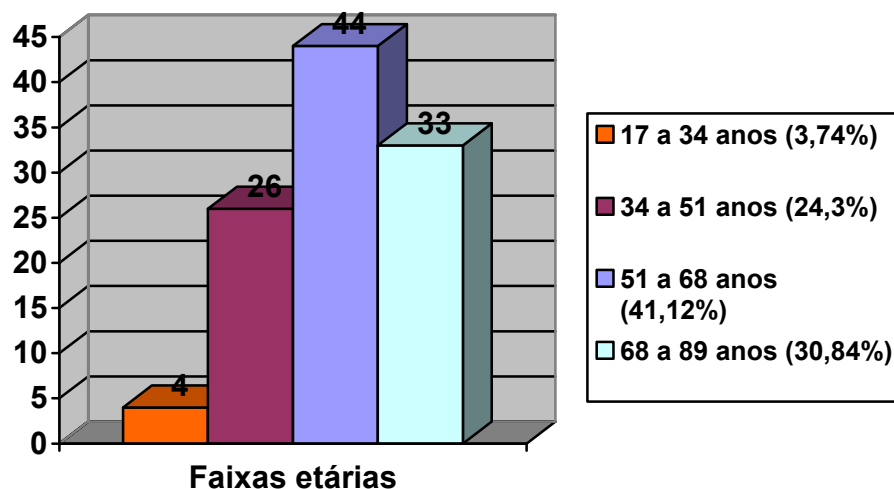


GRÁFICO 3- DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES POR RAÇA



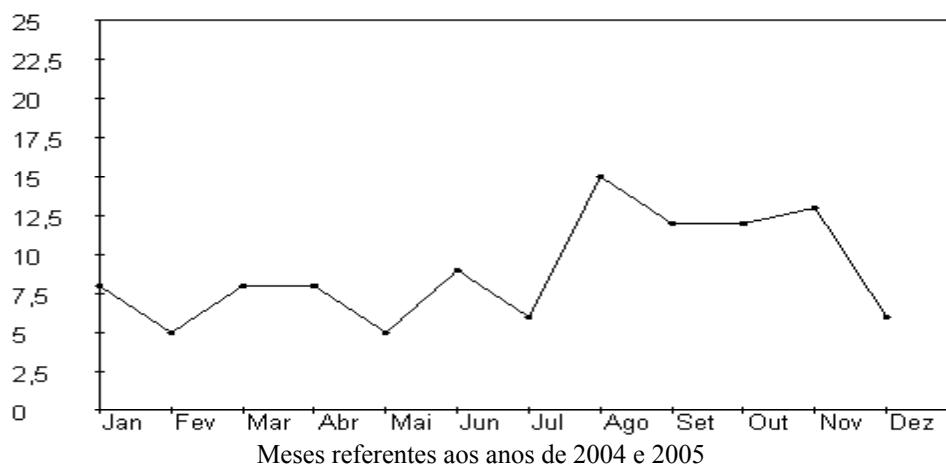
Os pacientes de cor parda foram os de maior incidência com 45,79% dos casos, seguidos pelos brancos (41,12%) e negros (8,41%). Os classificados como raça indeterminada (4,67%) provavelmente se encaixariam em algum tipo específico, porém a informação foi colhida de modo impreciso em cinco pacientes.

GRÁFICO 4- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PELA FAIXA ETÁRIA



O carregamento dos dados no protocolo ocorria em geral semanalmente, sempre pelo mesmo pesquisador, onde eram incluídos em média um ou dois casos novos por semana. Algumas vezes, o paciente já não se encontrava mais internado no momento do preenchimento do protocolo informatizado, fato que obrigava o pesquisador a recorrer de prontuários. Mesmo assim, não houve exclusão de nenhum paciente após o cadastramento. Além disto, a inclusão de novos pacientes manteve-se relativamente bem distribuída durante os meses de coleta como demonstra o gráfico 5.

GRAFICO 5- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES PELOS MESES DE COLETA



Os achados clínicos tiveram abrangência inespecífica, portanto foi necessária a seleção de alguns assuntos de maior relevância pertinentes a cada um dos diretórios que compõem o protocolo Câncer Colorretal com finalidade ilustrativa.

No diretório “Quadro Clínico em Proctologia” indentificou-se período de início de sintomas amplo com variações demonstradas na tabela 2.

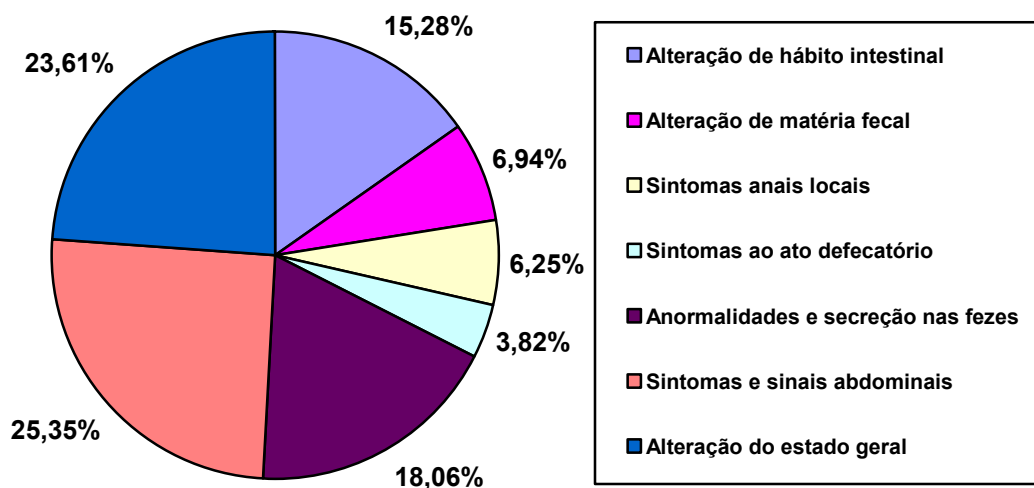
TABELA 2- TEMPO DE INÍCIO DO QUADRO CLÍNICO

Pacientes	Tempo	Tempo médio
19,99%	Menor que 1 mês*	8,94 dias
38,66%	De 1 a 12 meses	4,44 meses
24%	Maior que 1 ano	2,15 anos
16%	Indeterminado	

* calculado a partir dos dados das horas, dias e semanas.

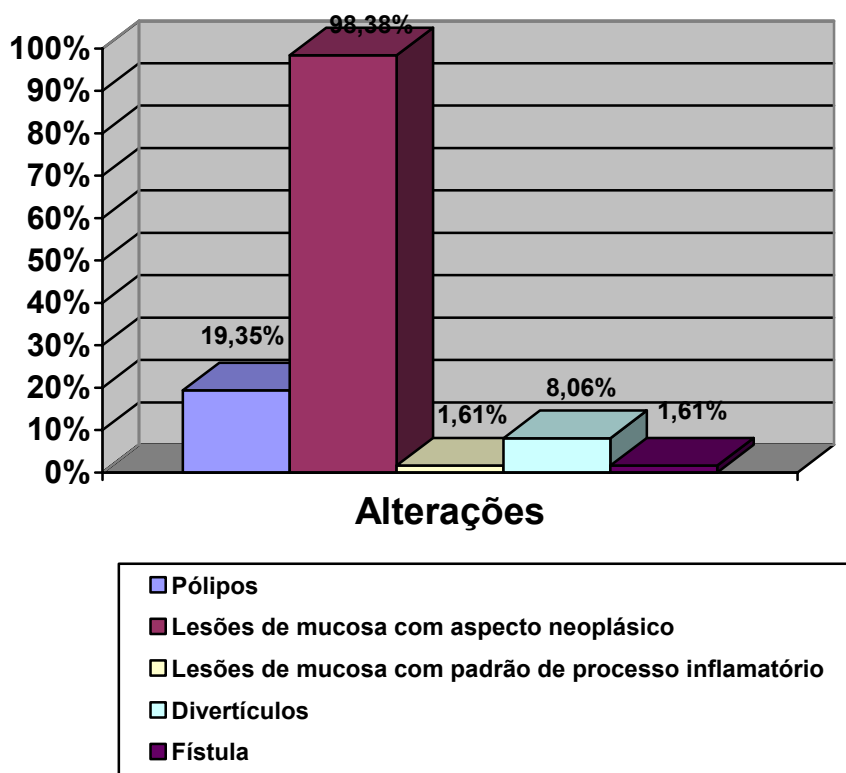
Em relação as anamneses a pasta “Sinais e Sintomas em Proctologia” demonstra a seguinte distribuição de sinais e sintomas (gráfico 6).

GRÁFICO 6- DISTRIBUIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES



No diretório seguinte, “Exame Físico e Endoscópico Proctológicos”, um dos principais exames diagnóstico foi a pasta “colonoscopia” cujos achados alterados estão expostos no gráfico 7.

GRÁFICO 7- ACHADOS ALTERADOS NA COLONOSCOPIA



Do total de 107 pacientes, apenas 54 tiveram a computação de dosagens de CEA (antígeno carcinoembrionário) disposto na pasta “Marcadores Tumorais” pertencente ao diretório “Exames Laboratoriais e Específicos em Proctologia”. As proporções destas dosagens foram distribuídas entre pré-operatório e pós-operatório conforme estão demonstradas no gráfico 8. Os pacientes que realizaram acompanhamento ambulatorial associado à dosagem de CEA, assim como os valores médios destas dosagens, são expostas no gráfico 9.

GRÁFICO 8- DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES QUE UTILIZARAM DOSAGEM DE CEA NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO

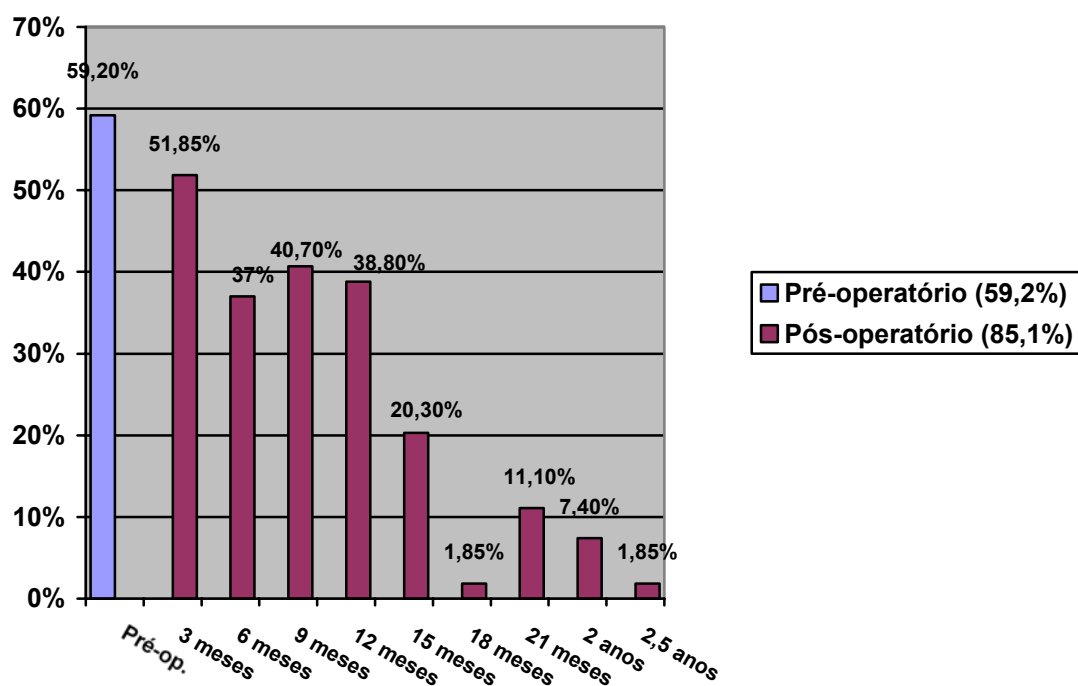


GRÁFICO 9- ACOMPANHAMENTO DO VALOR MÉDIO DA DOSAGEM DO CEA

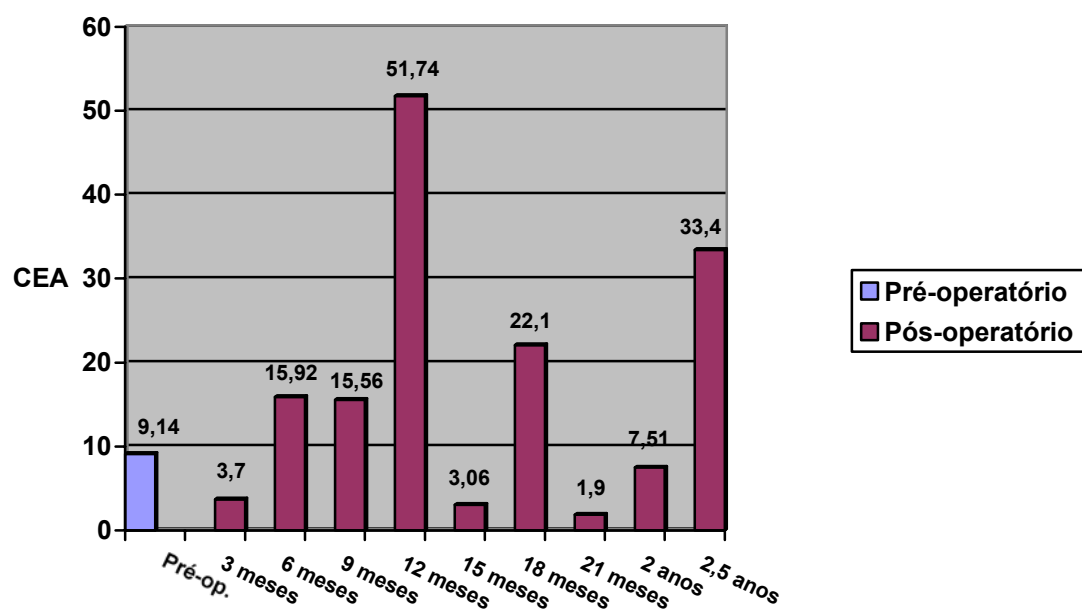
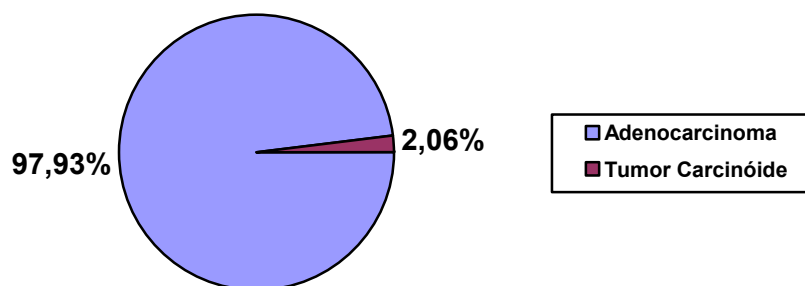
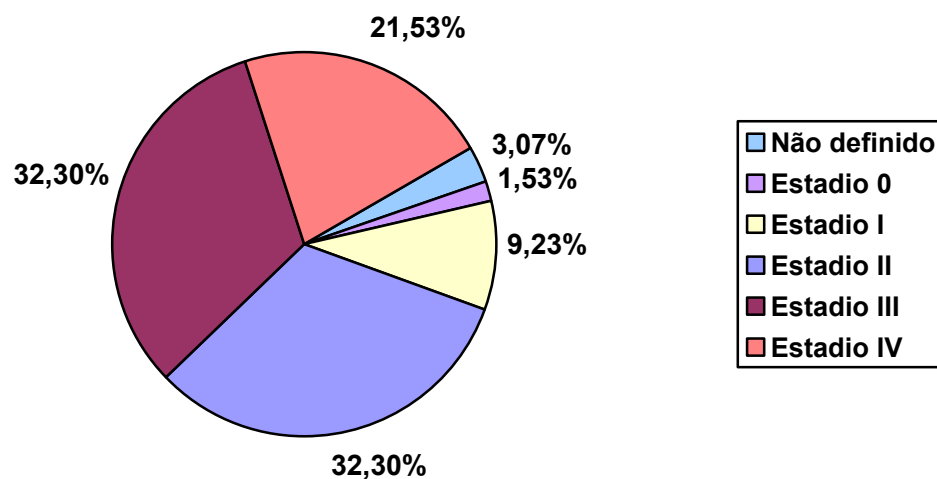


GRÁFICO 10- DISTRIBUIÇÃO DOS TIPOS HISTOPATOLÓGICOS EM NEOPLASIAS MALIGNAS



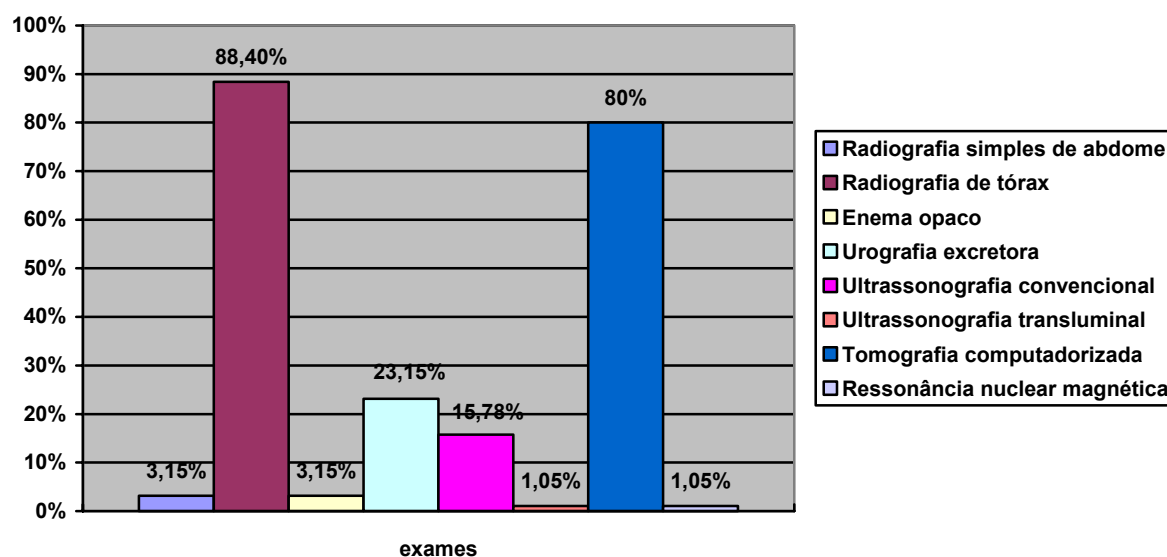
Além dos tipos histológicos, o diretório “Exame Anatomopatológico em Proctologia”, na pasta “Estadiamento em Tumores Colorretais”, dentre outros dados pode definir diversos estadiamentos das doenças tratadas cirurgicamente, dentre estes o gráfico 10 destaca a escala TNM da *American Join Committee on Câncer* (AJCC) que foi utilizada em 65 pacientes.

GRÁFICO 11- ESTADIAMENTO PELA TNM



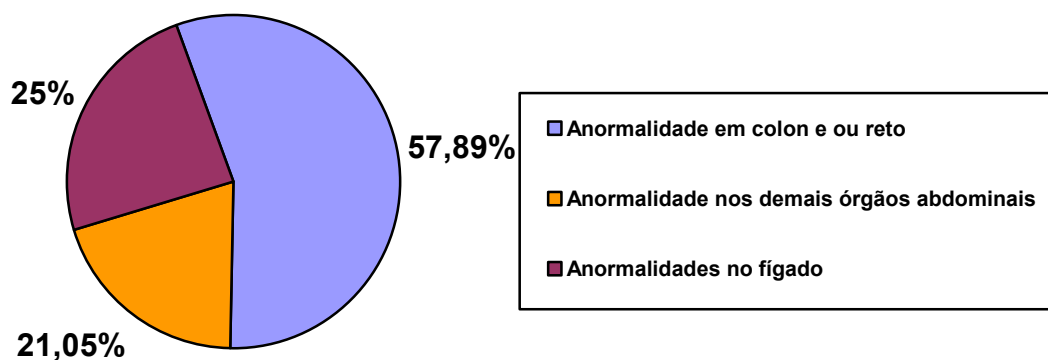
Os exames propedêuticos por imagem pertencentes ao diretório “Radiologia em Proctologia” foram utilizados nas proporções mostradas no gráfico 11.

GRÁFICO 12- DISTRIBUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS EXAMES DE IMAGEM



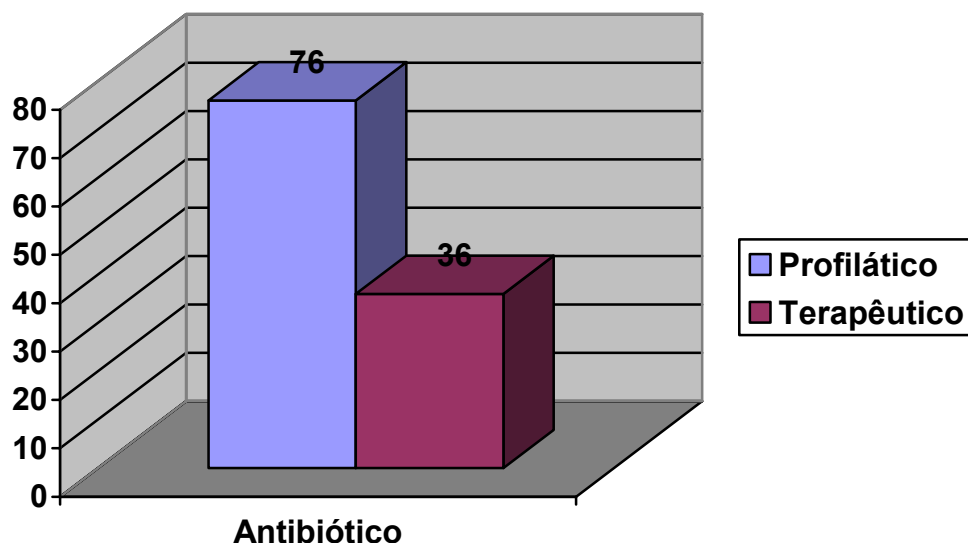
A tomografia computadorizada foi o segundo exame de imagem mais utilizado. Foi realizada em 76 pacientes, dentre os quais 76,6% apresentavam alterações (gráfico12).

GRÁFICO 13- ACHADOS ANORMAIS NA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA



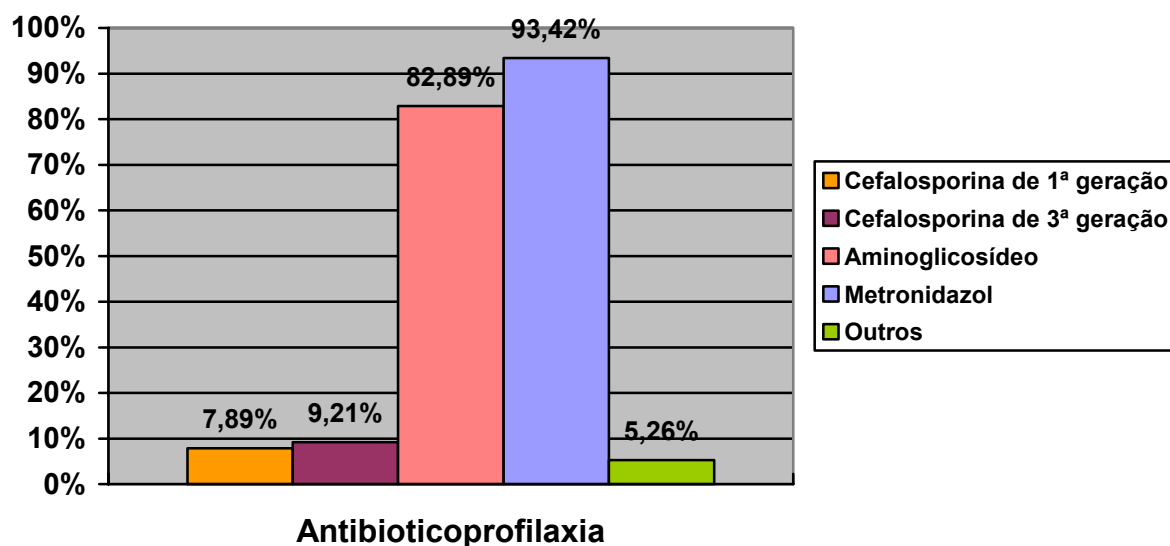
Dados relacionados ao tratamento dos diversos pacientes estão armazenados no diretório “Terapêutica em Proctologia” que aborda alguns enfoques de condutas realizadas, desde o uso de antibióticos (gráficos 14 e 15) até aspectos descritivos das operações.

GRÁFICO 14- PACIENTES E A FORMA USADA DE ANTIBIÓTICO



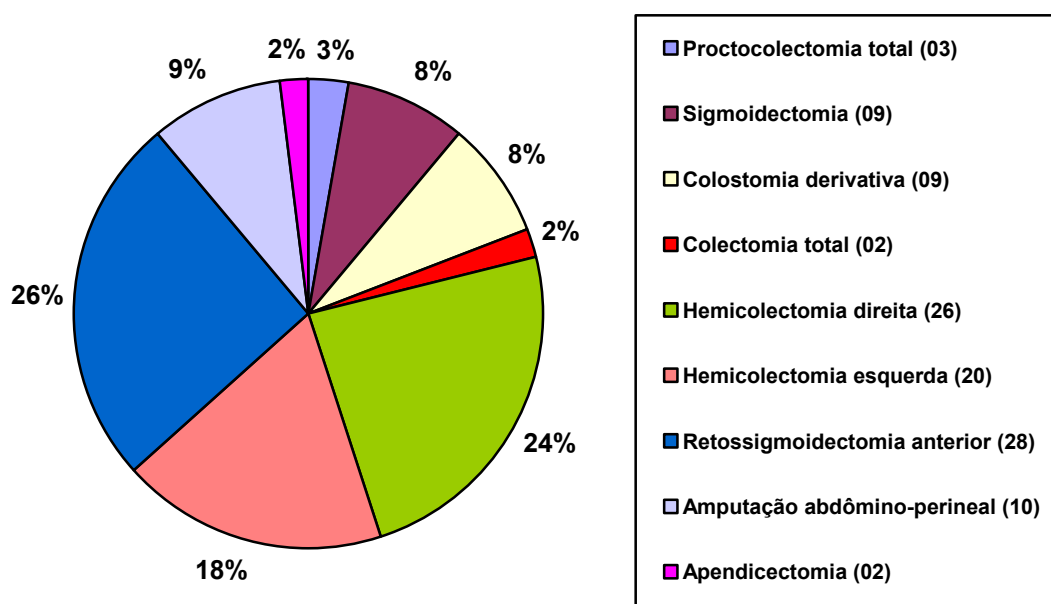
Na pasta “Utilizado antibiotico profilaxia”, constituinte do diretório citado acima, é possível distinguir quais antibióticos foram usados com profilaxia de infecção.

GRÁFICO 15- TIPOS DE ANTIBIÓTICOS NA PROFILAXIA OPERATÓRIA



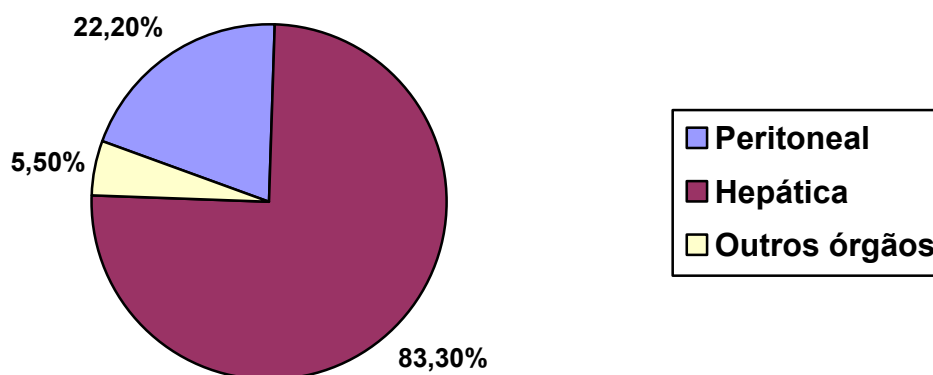
As operações realizadas estão dispostas no gráfico 15, com os seus valores absolutos e relativos. No entanto, outros detalhes relacionados ao ato cirúrgico podem ser encontrados neste diretório como o achado de metástase no ato operatório (gráfico 16).

GRÁFICO 16- OPERAÇÕES REALIZADAS (N=109)



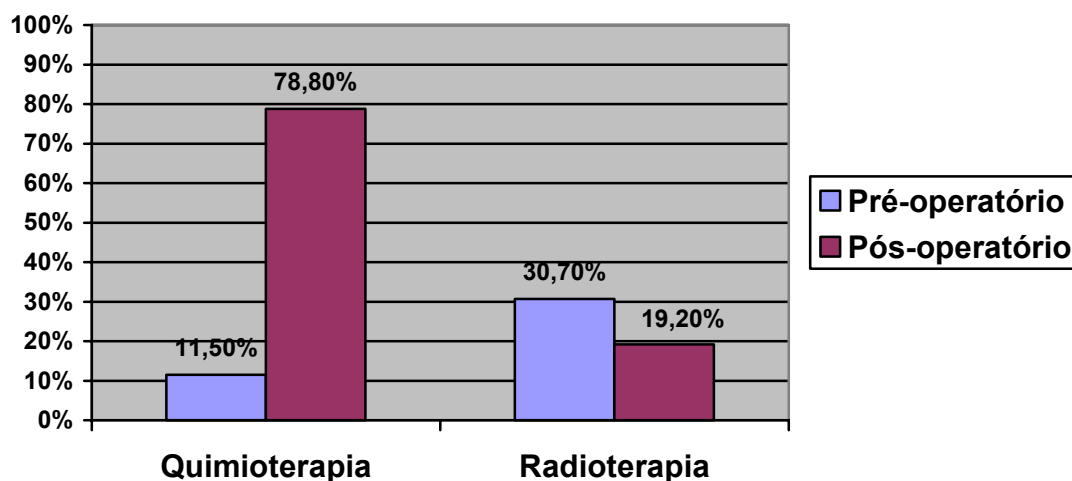
Não estão incluídas no gráfico acima re-operações por complicações no tratamento, que ocorreram em 21 pacientes.

GRÁFICO 17- LOCAIS DE METÁSTASE EM ACHADOS OPERATÓRIOS



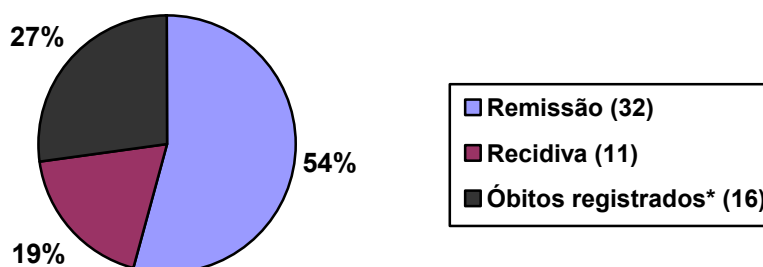
Ainda no diretório “Terapêutica em Proctologia” existem dados relativos a tratamentos adjuvantes com a quimio e radioterapia, onde foram identificados 52 pacientes submetidos a tais procedimentos, que estão expostos na figura 18.

GRÁFICO 18- PACIENTES SUMETIDOS À QUIMIO E RADIOTERAPIA (N=52)



O último diretório “Evolução Pós-Tratamento das Doenças Proctológicas” revela que o tempo médio de internação registrada foi de 17,78 dias e a mortalidade peri-operatória, ocorrida durante a mesma internação do tratamento inicial foi de 11,2%. O seguimento dos pacientes cadastrados só foi interrompido em agosto de 2006. Porém, excluindo os óbitos peri-operatórios, somente 47 pacientes (43,9%) fizeram seguimento adequado por período maior que um ano, conforme demonstra o gráfico 19.

GRÁFICO 19- EVOLUÇÃO APÓS 1 ANO DO TRATAMENTO (N=59)



* óbitos peri-operatórios e tardios.

5 DISCUSSÃO

5.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O conceito mais utilizado na área médica para descrever a fase científica contemporânea é Medicina Baseada em Evidências que concerne na identificação de parâmetros para decidir condutas a serem tomadas com pacientes a partir de estudos científicos. Estas evidências, entre outros fatores, são diretamente proporcionais à qualidade metodológica da coleta de dados utilizada em cada estudo (SCHANAIDER, 2002).

Os estudos científicos analíticos que utilizam prontuários médicos como a única fonte de informação disponível, representam grande desafio aos pesquisadores. Muitas vezes, eles não são capazes de realizar estudos de qualidade pela simples impossibilidade de coletarem dados de maneira precisa. Esta dificuldade se dá pelo fato de que os prontuários manuscritos muitas vezes apresentam histórias médicas incompletas ou ilegíveis, além da grande falta de padronização nas descrições dos aspectos clínicos, caracterizando-se a subjetividade, comprometendo assim, a qualidade desta fonte de dados (DICK, 1992).

A solução deste problema, defendida por alguns autores (McDONALD, 1992; RIND, 1993; SITTING, 1994; KOHANE, 1996), é no sentido da execução de estudos baseados na coleta eletrônica de dados, através do computador. Esse processo de coleta informatizada aconteceria paralelamente às descrições usuais dos prontuários tipo papel, que possuem questionários (protocolos) eletrônicos padronizados e objetivos, eliminando o caráter subjetivo do prontuário habitual. Para alguns autores, as pesquisas neles baseadas dariam a possibilidade de análise dos mais variados dados coletados de forma orientada e imediata, propiciando a estruturação de estudos científicos médicos de qualidade e credibilidade em relação aos seus resultados e conclusões (McDONALD, 1998 e WEINBERGER, 1997).

Estudos envolvendo grandes bancos de dados podem conferir boa qualidade às pesquisas científicas (DAVIDOFF, 1997). Em Birmiham - USA, a aplicação de um programa de coleta prospectiva de dados nos pacientes em tratamento pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) da Universidade do Alabama, transformou esta instituição em referência, sendo considerada o principal centro de estudos sobre SIDA nos Estados Unidos, devido a qualidade dos estudos produzidos a partir do banco de dados gerado (LEE, 1994). Outro fato importante, é que a utilização

de estudos a partir de banco de dados não se limita a instituições isoladas, podendo assumir caráter multicêntrico, como o que ocorreu em 38 unidades de terapia intensiva na França que juntas alimentaram um único banco de dados referentes a informações como idade, antecedentes clínicos, estado clínico atual e avaliação psicológica dos pacientes (LORAT, 1989).

A realização de estudos multicêntricos tornou-se prática comum na área médica, sendo que alguns tomam tal abrangência chegando a ter âmbito nacional (COLTORN, 1991). As vantagens dos estudos multicêntricos são de proporcionar aumento da população estudada, possibilitando conclusões mais rápidas sobre fenômenos raros e redução do tempo de realização da pesquisa. (PEREIRA, 1995).

A criação destes protocolos informatizados de coleta prospectiva de dados clínicos possibilita a realização de trabalhos científicos de alta qualidade, pois facilita o desenvolvimento dos estudos multicêntricos, mesmo envolvendo instituições menores, as quais enviariam seus dados para bancos de dados maiores, os quais receberiam dados de várias outras instituições, chegando a resultados relevantes e de alta qualidade em menor tempo (BLUMEINSTEIN, 1995).

A “Aplicação de Protocolo Informatizado em Coloproctologia no Câncer Colorretal” seguiu os mesmos princípios descritos por Sigwalt, originados a partir do software criado por Malafaia e na aplicação de um protocolo informatizado relativo à doença do aparelho digestivo (Doença do Refluxo Gastro-esofágico). Estes princípios estão relacionados à aplicação de protocolos eletrônicos, capazes de gerar um banco de dados de forma prospectiva e multicêntrica com qualidade, caracterizado pela simplicidade na sua forma de preenchimento (SIGWALT, 2004).

5.2 SOBRE A ESTRUTURAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROCTOLOGIA

A partir de 1998, no Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, foi iniciado um grande projeto de desenvolvimento de protocolos informatizados coordenados por técnicos em processamento de dados vinculados ao Programa da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica desta instituição, o qual foi idealizado pelo professor Dr. Osvaldo Malafaia. Este projeto se transformou em uma linha de pesquisa, no qual vem sido desenvolvido um software com característica de gerenciar questionários, constituído quase completamente por dados objetivos e alguns poucos dados subjetivos. Os dados subjetivos são restritos aos dados cadastrais dos pacientes. Após o preenchimento desses dados subjetivos todo o questionário passa a ser objetivo, ou seja, formulado de forma fechada com opções diretas.

A delimitação do tema coloproctologia ocorreu após a observação que na linha de pesquisa Protocolos Informatizados da Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná haviam sido produzidos, como teses de mestrado, dois protocolos mestres que abrangiam as doenças anorretais e colônicas separadamente, sendo que o primeiro é de mesma autoria do elaborador deste estudo. A proposta inicial era a aplicação do Protocolo Informatizado em Doenças Anorretais, no entanto, surgiu o dilema em relação à abordagem de doenças da topografia retal que em sua maioria são comuns às doenças colônicas. Por este motivo, optou-se pela fusão dos temas já abordados em um único protocolo, doenças anocolorretais, com intuito de aumentar a abrangência da ferramenta de pesquisa evitando o impasse observado.

O levantamento dos dados clínicos, descrita no tópico 2.1, vista pelo prisma dos conceitos de metodologia, seria composta por todos os elementos representativos das doenças colorretais. Seguindo este conceito, eles deveriam representar todo e qualquer dado publicado sobre doenças coloproctológicas, fato que em si é impossível e utópico para ser realizado. Deve-se levar em conta que o objetivo desta base de dados é dar subsídio a questionários eletrônicos concisos, objetivos e abrangentes sem que com isto se tornem longos e demorados. Para tanto, o programa deveria possuir apenas os elementos relevantes para uma boa pesquisa médica, mas sendo completo em todas as áreas de estudo que envolvam as doenças anorretais.

A solução encontrada foi determinar critérios de levantamento dos dados para a criação da base de dados clínicos.

Decidiu-se por limitar o estudo à população adulta, visto o fato de que os possíveis locais de implantações do protocolo (proctologia, cirurgia geral e cirurgia do aparelho digestivo) atendem exclusivamente a pacientes adultos, inclusive no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, unidade onde só se atende pacientes com mais de 14 anos. Este fato excluiu o interesse nas doenças de caráter congênito.

A revisão bibliográfica foi pré-estabelecida utilizando-se cinco livros-texto específicos da área, atualizados e de reconhecimento nacional e internacional. Após esta fase de pesquisa, cada doença foi “atualizada” através de busca via internet revisando-se as publicações a partir de 1996. Este procedimento objetivava a cobertura e o aprofundamento necessário ao tema, sem que houvesse a omissão de assuntos relevantes ou detalhamentos excessivamente específicos que poderiam levar à perda de tempo ou ao desvio do objetivo da base teórica de dados clínicos, que por sua vez deveria dar subsídio para formação de questionários claros, objetivos e com abrangência necessária à boa pesquisa clínica.

A concepção do protocolo informatizado parte da existência do banco de dados mestre (protocolo mestre), o qual permite toda possibilidade de variáveis para cruzamento, ou dados relevantes relacionados ao tema. A partir deste protocolo mestre são formulados questionários específicos relativos a cada doença em estudo (protocolos específicos). Neste caso, foram formulados 28 protocolos específicos relativos ao questionário próprio de cada doença, mas eles podem ser aumentados a um número sem limites, dependendo do interesse do pesquisador e do cruzamento de dados que se deseja realizar.

A base teórica de dados clínicos, exposta em anexo, quando digitalizada no protocolo mestre, promove estruturação lógica nos dados. Isto permite que as pastas dos protocolos específicos sejam ordenadas de forma coerente, iniciando com aspectos de história clínica, fatores de risco, exames físicos e complementares, tratamentos e evolução pós-tratamento. Esta organização resultou em um sistema elaborado para que fosse possível dar clareza e objetividade ao processo de coleta de dados.

A preocupação ao criar um sistema de segurança para restringir o acesso dos usuários simples ao protocolo mestre foi pelo simples fato de evitar o risco de alterações inadvertidas nos protocolos mestre e específicos que poderiam trazer consequências ruins à utilização do software. Além disso, o sistema de segurança limita o acesso aos dados colhidos ao usuário comum, fazendo-se necessária a autorização para ser um pesquisador.

A decisão de se utilizar sistema de navegação semelhante ao do *Microsoft® Windows* foi pela familiarização que todo o usuário de microcomputadores tem por este sistema. A escolha da linguagem C# (C-sharp) da *Microsoft®* se deu pelo fato desta linguagem ter potencial para que seus programas sejam executados tanto em máquinas clientes (*Desktops*), servidores de internet e computadores de mão (*Pocket PC*), em virtude de utilizar o *.net Framework*. As coletas realizadas pelo SINPE© são feitas através de formulários parametrizados sempre baseadas em cliques de *mouse*. Todos os dados informados durante uma coleta devem respeitar as definições dos itens construídos nos protocolos mestre e específicos.

O auxílio técnico dos programadores ligados ao laboratório de informática médica é fundamental para o bom desempenho deste software, pois, apesar de bem estruturado, todo programa é passível de erro e, além disso, como a informática é ciência em pleno avanço, melhoramentos neste programa são esperados. Atualmente, os processadores de dados do Laboratório de Informática e Multimídia do Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná já dispõem de uma versão deste protocolo para *PalmTop* (computador de bolso) que com certeza, facilita grandemente o trabalho dos coletadores de dados (BORSATO, 2005).

5.3 SOBRE A APLICAÇÃO DO PROTOCOLO INFORMATIZADO EM COLOPROTOLOGIA NO CÂNCER COLORRETAL

Fazem-se necessárias algumas explicações sobre o decurso da tese. Primeiramente, a escolha da doença, para validação do software, foi feita de forma subjetiva onde o critério de escolha foi a relevância do tema. Não se considerou incidência da doença na população atendida pelos serviços escolhidos.

As unidades hospitalares de cirurgia geral e coloproctologia do HRAN e do HBDF foram escolhidas em função do autor residir em Brasília-DF em 2003. Um terceiro serviço foi aventado, a Unidade de Coloproctologia da Universidade Nacional de Brasília (UNB), porém problemas logísticos relacionados à disponibilidade de computadores não permitiram a aplicação do protocolo neste serviço. As duas unidades, nas quais desenvolveu-se aplicação do protocolo, são centros de ensino com atividades acadêmicas de graduação em medicina e residência médica vinculadas à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

O processo de coleta de dados iniciou-se somente após a estruturação do protocolo informatizado em coloproctologia, fato este que levou quase um ano do tempo programado para o estudo. Sendo assim, dos três anos restantes, programou-se dois anos para coleta de dados e um para conclusão e apresentação da tese. Porém, como foi observado que o seguimento dos pacientes operados por neoplasias colorretais malignas ocorreriam por períodos de até cinco anos, resolveu-se estender o acompanhamento dos pacientes cadastrados entre janeiro de 2004 e dezembro de 2005 até agosto de 2006, aumentando o tempo de seguimento. As coletas eram feitas, geralmente, uma vez na semana e foram realizadas conforme a distribuição exposta no gráfico 5 (ver página 30). Muitas vezes, houve contribuição de alguns preceptores de residência e residentes que auxiliaram o autor na coleta de dados.

O número de pacientes cadastrados foi desproporcional ao se comparar os dois serviços, 75 *versus* 32. Isto ressalta o perfil de cada uma das unidades envolvidas, pois o HRAN sendo uma unidade de cirurgia geral atende várias doenças relacionadas ao aparelho digestivo, incluindo as coloproctológicas, enquanto que, a Unidade de Coloproctologia do HBDF é centro de referência da rede de atendimento da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os dados epidemiológicos apresentados demonstram a não prevalência de um sexo, contradizendo a literatura em relação ao leve predomínio do sexo masculino. Houve predomínio de pacientes com mais de 50 anos em aproximadamente 72% dos casos e pico de prevalência de 51 a 68 anos, que está de acordo com as descrições da literatura (CRUZ, 2000). No Brasil, devido o alto grau de miscigenação das raças, a avaliação da cor da pele passa a ter caráter muito subjetivo (PEREIRA,1995). Mesmo assim, neste estudo observou-se o predomínio da raça parda em 45,7% dos casos.

Cada um dos diretórios pertencentes ao protocolo específico câncer colorretal foi exemplificado através da exposição de alguns dados relevantes, sem a intenção de realizar análises comparativas de dados, mesmo porque isto não faz parte do objetivo deste estudo que possui caráter descritivo .

A propedêutica clínica, tema do primeiro diretório, revelou que os sintomas e sinais abdominais (dor abdominal, desconforto abdominal) junto à alteração de estado geral (astenia, anorexia, perda de peso corporal) foram os achados mais frequentes correspondendo a quase metade das queixas (48,96%). O início dos sintomas, em 24% dos casos, ocorreram em período maior que 12 meses, que indica, segundo Cruz, pior prognóstico para este grupo de pacientes. Na colonoscopia, extraída do segundo diretório, observa-se a incidência de 19,35% de pólipos associados ao câncer colorretal, número compatível descrito por Cutait que indica prevalência de 15% a 25% desta associação. Ainda em relação à propedêutica armada, reafirma-se a tendência da literatura no uso cada vez mais restrito do enema opaco no câncer colorretal, utilizado somente em 3,15% dos registros no diretório “Radiologia em Proctologia”, como demonstrado no gráfico 12 (ver página 35) (CUTAIT, 2002).

O software demonstra a sua capacidade de produzir dados além de valores absolutos e relativos, quando na pasta “Marcadores Tumorais” pertencente ao diretório “Exames Laboratoriais e Específicos em Proctologia” gera-se, a partir do item “CEA – Antígeno Carcinoembriogênico”, valores médios de dosagem do CEA no gráfico 9 (ver página 33). Observa-se outro fato marcante no gráfico 8 (ver página 33). A diminuição progressiva do uso de dosagem do CEA no decorrer do acompanhamento ambulatorial. Fato este explicado pelo abandono de acompanhamento pós-operatório ou mudança de unidade terapêutica, principalmente nos pacientes que se submeteram a tratamento adjuvante em serviços de oncologia, seja do Hospital de Base do Distrito Federal ou em

outro local, eventualmente em outro estado, onde na maioria das vezes não retornaram ao serviço de origem.

No diretório “Exame Anatomopatológico em Proctologia” ressaltou-se dois elementos distintos. O primeiro foi distribuição do tipo histopatológico dos tumores malignos colorretais pertencentes à pasta “Neoplasias em Proctologia” com predomínio aproximado em 98% de adenocarcinomas, seguidos de 2% tumores carcinóides (Gráfico 10 na página 34) dados amplamente divulgados na literatura (CORMAN, 1998). Não foram incluídos neste gráfico tumores benignos como os adenomas, lipomas, ou outra lesão associada, pois enfatizou-se o câncer colorretal.

O Gráfico 11 (ver página 34) refere-se ao estadiamento anatomopatológico pelo TNM, que faz parte da pasta “Estadiamento de Neoplasia em Proctologia” sub-item do diretório referido acima. Várias classificações estão incluídas no protocolo específico, porém a escolha da exposição do TNM ocorreu pelo fato de ser atualmente o sistema mais amplamente aceito para estadiar o câncer colorretal (CORMAN, 2002). O predomínio dos estádios II e III em relação aos estádios I e IV é compatível com achados na literatura.

Alguns dados relacionados ao tratamento instituído estão expostos nos gráficos 14 a 18 (ver páginas 36 à 38), retirados do diretório “Terapêutica em Proctologia”. Nos gráficos referentes ao uso de antibiótico (14 e 15) observa-se tendência à padronização da antibioticoprofilaxia, principalmente nos pacientes do serviço do Hospital de Base do Distrito Federal, pois quando a pesquisa é feita somente com os pacientes deste serviço observa-se a utilização em 98,2% dos casos o aminoglicosídeos e em 100% o metronidazol como antibiótico profilático.

A principal operação realizada como tratamento cirúrgico da neoplasia foi a retossigmoidectomia anterior, seguida pela hemicolectomia direita e hemicolectomia esquerda (gráfico 16 na página 37), sequência já estabelecida na literatura e descrita por Cruz em sua casuística, na qual identifica a retossigmoidectomia abdominal anterior como o procedimento mais utilizado no tratamento cirúrgico do câncer colorretal. O gráfico 18 demonstra a utilização de tratamentos adjuvantes. Neste gráfico observa-se nova tendência descrita na literatura em relação ao aumento da aplicação da radioterapia pré-operatória em detrimento à utilização deste procedimento no pós-operatório baseada no melhor controle local da doença (CRUZ, 2000).

Finalizando a apresentação dos resultados, os dados exibidos no gráfico 19 (ver página 38), retirados do diretório “Evolução Pós-Tratamento das Doenças Proctológicas”, são relacionados à situação de pacientes acompanhados por período maior que um ano (59), correspondendo a 55% da

casuística inicial. Observa-se alta taxa de mortalidade para este grupo (27%). Todavia, é de fundamental importância ressaltar as causas de abandono ambulatorial após tratamento cirúrgico, conforme discutido anteriormente, dentre as quais a mudança para outra unidade de tratamento foi a mais comum. Sendo que, nos casos de pacientes mais graves existe a tendência de permanência no serviço de origem até que ocorra melhora clínica, fato este que pode ter surgido como viés na mortalidade dos pacientes acompanhados por mais de um ano.

Os comentários tecidos acima têm finalidade de ilustrar algumas possibilidades de utilização do software, ou seja apresentar dados de forma puramente demonstrativa sem nenhuma ambição analítica. Além disso, ressalta as inúmeras possibilidades de pesquisa sobre vários aspectos do mesmo tema como um achado específico igual ao demonstrado no gráfico 17 (na página 37), o qual demonstra a localização das metástases identificadas durante os atos operatórios.

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um banco de dados eletrônico não deve substituir o prontuário médico, mesmo porque não tem esta finalidade. Deve servir como fonte futura de informações em relação a um determinado grupo de pacientes, ou seja, na avaliação de dados com objetivo estatístico dentro de uma pesquisa médica. Além disso, o prontuário médico é exigido por lei e funciona como documento de posse exclusiva do paciente, com caráter jurídico, podendo ser preenchido somente pelo médico assistente.

Em relação aos custos, apesar da confecção do protocolo informatizado ter investimento inicial grande, consumindo anos de pesquisa e a necessidade da infra-estrutura de um laboratório de informática, o resultado final foi um software simples que pode rodar em qualquer microcomputador e ser utilizado por pessoas que tenham conhecimento básico de informática. Sendo assim, os problemas relacionados a custos de implantação deste protocolo eletrônico são minimizados e relativamente baixos. Considerando-se a sua aplicabilidade, o custo-benefício de sua implantação é muito mais favorável ao benefício.

O protocolo informatizado, em síntese, se traduz em um questionário que é preenchido de maneira obrigatoriamente uniforme, estabelecido na rotina hospitalar e sem perder sua lógica para busca prospectiva. É exposto de forma fechada e composto somente por opções diretas, através de formulários parametrizados sempre baseadas em “cliques” de *mouse*, que dá a este característica de objetividade, clareza e precisão ao dado coletado. Elimina qualquer *viés* gerado a partir da interpretação de um dado com característica subjetiva e dá maior qualidade à pesquisa científica nele estruturada. Além disto, os estudos gerados a partir das análises destes dados têm muito mais valor porque as coletas são feitas de forma prospectiva, sem falar na grande comodidade de se dispor de dados coletados de forma parametrizada que facilitam tanto as pesquisas.

6 CONCLUSÕES

O estudo apresentado permite concluir:

- a - o programa de computador (software) foi estruturado com capacidade de armazenar dados clínicos de forma prospectiva, relativos às doenças coloproctológicas, de maneira objetiva, abrangente e atualizável;
- b – o software pôde ser validado no câncer colorretal demonstrando ser uma ferramenta de fácil utilização para pesquisa clínica, além de coletar dados de forma prospectiva e multicêntrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFRIN, L.B.; KUPPUSWAMY, V.; SLATER, B. e STUART, R.K. Electronic Clinical Trial Protocol Distribution via World-Wide Web: A Prototype for Reducing Costs and Errors, Improving Accrual, and Saving Trees. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.4, n.1, p.25-35, 1997.

BARNETT, G. O. The application of computer-based medical record systems in ambulatory practice. **The New England Journal of Medicine**, v.310, n.25, p. 1643-1650, 1984.

BERNER, E. S.; DETMER, D. E. e SIMBORG, D. Will the Wave Finally Break? A Brief View of the Adoption of Electronic Medical Records in the United States. **J Am Med Inform Assoc**. v. 12, n.1, p. 3–7, 2005.

BLACKBURN, J. P. On-line computing in surgery. **British Journal of Surgery**, v.58, p.789-791, 1971.

BLETTNER, M. et al. Traditional reviews, meta-analyses and pooled analyses in epidemiology. **International Journal of Epidemiology**, v.28, p.1-9, 1999.

BLUMEINSTEIN, B.A. Medical research data. **Controlled Clinical Trials**, v.16, p.453-455, 1995.

BOFFETTA, P. et al. Cancer mortality among manmade vitreous fiber production workers. **Epidemiology**, v.8, p.259-268, 1997.

BORSATO, E.P. **Modelo Multicêntrico para Elaboração, Coleta e Pesquisa de Dados em Protocolos Eletrônicos** [Doutorado]. Curitiba: UFPR; 2005.

CAMERON, J.L. Early Contributions to the Johns Hopkins Hospital by the “Other” Surgeon: John Shaw Billings **Ann Surg**, 234(3): 267–278, 2001.

COIERA, E. **Guide to Medical Informatics, the Internet and Telemedicine**. In: MEDICAL, CH, editor. 1 ed: Arnold Publication; 1997. p. 376.

COLLEN, M. F. A History of Medical Informatics in the United States: *1950-1990*. **AMIA Press**, 1996.

COLLEN, M. F. Origins of Medical Informatics. **West J Med**. v. 145:778-785, 1986.

COLTORTI, M.; DEL VECHIO BLANCO, C.; CAPORASO, N.; et al. Liver cirrhosis in Italy. A multicenter study on presenting modalities and the impact on health care resources. National project on liver cirrhosis Group. **Italian Journal Gastroenterology**, v.23, n1, p.42-48 , 1991.

CORMAN, M. L. et al. **Handbook of Cólón and Rectal Surgery**. J. B. Philadelphia, Lippincott, 2002.

- CORMAN, M. L. et al. **Cólon and Rectal Surgery**. 4 ed., J. B. Philadelphia, Lippincott, 1998.
- CRUZ G. M. G. **Coloproctologia: Terapêutica**. Rio de Janeiro, Reviver, 2000.
- CUTAIT, R.; BORGES, J.L.A.; COSTA F. Câncer Colorretal, em: MINCIS, M. **Gastroenterologia e Hepatologia: diagnóstico e tratamento**. 3º edição, Lemos Editorial, p.457-470, 2002.
- DAVIDOFF, F. Databases in the next millennium. **Annals of internal medicine**, v. 127, n.8, p. 770-774, 1997.
- DICK, R. S.; STEEN, E.B. **Essential technologies for computer based patient records: a summary**. New York, Springer-Verlag, p.229, 1992.
- DICK, R. S. The Computer-Based Patient Record – An Essential Technology for Health Care. Institute of Medicine, **National Academy Press**, 1991.
- DICKERSIN, K. How important is publication bias? A synthesis of available data. **AIDS Education Prevention**, v.9 (Supl A), p.15-21, 1997.
- DOYLE, D.J. et. al. The Internet and medicine: past, present, and future. **Yale Journal of Biology and Medicine**, v.69(5), p.429-437, 1996.
- DRUSZCZ, C.C. **Protocolo Informatizado de Dados Clínicos das Doenças do Cólon**. Curitiba: UFPR; 2002.
- FRIDSMA, D.B. Representing the work of medical protocols for organizational simulation. **Proc AMIA Symp**:305-9,1998.
- FRIEDENREICH, C. M. Methods for pooled analyses of epidemiologic studies. **Epidemiology**, v.4, p.752-760, 1993.
- FRISBY, A. J. The Internet and medical education. **Del Medicine Journal**. V.68(12), p.602-605, 1996.
- HOLLAND, W.W. The use of computers in surgical practice. **British Journal of Surgery**, v.58, n.10, p.780-783, 1971.
- HORGARTH, M. Informática Médica: Um pouco de história. **Informática Médica**, v.1, n.5. 1998.
- JOHNS L.T.; LIEBLER J. G.; DI LIMA S. N. **A Practical Introduction to Health Information Management**. Jones and Bartlett Publishers, 1998.
- JORGE, F.M.F. **Protocolo Informatizado de Coleta de Dados Clínicos das Doenças Anorretais** [Mestrado]. Curitiba: UFPR; 2003.

KAHN, M. G. Clinical databases and critical care research. **Critical Care Clinics**, v.10, n.1, p.37-51, 1994

KOHANE, I.S.; GREENSPUN, P.; FACKLER, J. Building National Electronic Medical Record Systems via the World Wide Web. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.3, n.3, p.191-207, 1996.

LEE, J.Y. Uses of Clinical Databases. **The American Journal of Medical Science**, v.308, p.58-62, 1994.

LINDBERG, D. A. The National Library of Medicine and Medical Informatics. **West J Med** v.145:786-790, 1986.

LIPKIN, M.; HARDY, J.D. Mechanical correlation of data in differential diagnosis of hematological diseases. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.166, n.2, p.113-135, 1958.

LISTER, G.D. The development of clinical records for plastic surgery and their computer storage. **British Journal of Plastic Surgery**, v.27, p.59-66, 1974.

LOIRAT, J. R. Description of various types of intensive and intermediate care units in France. **Intensive Care Medicine**, v.15, n.4, p. 260-265, 1989.

LUBIN, J.H. Et al. Random exposed underground miners and inverse dose-rate (protraction enhancement) effects. **Health Physicist**, v.14, p.2057-2079, 1995.

McDONALD, C.J. et al. What is done, what is needed and what is realistic to expect from medical informatics standards. **Journal of Informatics**, v.48, p.1-12, 1998.

McDONALD, C.J.; TIERNEY, W.N.; OVERHAGE, M. The Regentrief Medical Record System: 20 years of experience in hospitals, clinics, and neighborhood health centers. **Medical Data Computing**, v.9, n.4, p.206-217, 1992.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1995.

RIND, D. M. Real and Imagined Barriers to an Electronic Medical Record. **Proceedings of the Seventeenth Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care**, Washington, 1993, p.74-78.

ROCHA NETO, J. M.; ROCHA FILHO, J. M. Serviço de arquivo médico e estatístico (computadorizado) como meio de aprimoramento de ensino, da pesquisa e da administração. **R AMRIGS**, v.27, p.492-494, 1983.

ROME, H. P. et al. Symposium on automation technics in personality assesment. **Mayo Clinic Proceedings**, v.37, p.61-82, 1962.

SABBATINI R.M.E. Historiada Informática em Saúde no Brasil. **Informática Médica**, v.1, n.5, 1998.

SCHANAIDER A. Cirurgia baseada em evidências: modismo ou necessidade. **Acta Cir Bras** [serial online], v.17, n.1, 2002.

SCHENTHAL, J. E. et al. Clinical application of large-scale electronic data processing apparatus: I. New concepts in clinical use of the electronic digital computer. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.173, n.1, p.6-11, 1960.

SHORTLIFFE, E.H. ; Perrault, E. (Eds.) **Medical Informatics : Computer Applications in Health Care**. Addison Wesley, 1990.

SIEGEL, G. M. Group Designs in clinical research. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, v.52, p.194-199, 1987.

SIGWALT, M.F. **Aplicação Multicêntrica Informatizada da Coleta de dados na Doença do Refluxo Gastroesofágico**. Dissertação de doutorado do programa de pós-graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná. 2004.

SIGWALT, M.F. **Protocolo eletrônico das doenças do esôfago**. Dissertação de mestrado do programa de pós-graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná. 2001.

SITTING, D. F. Grand Challenges in Medical Informatics? **Journal of the American Medical Informatics Association**, v.1, n.5, p.412-413, 1994.

STEWART, L. A. On behalf of the Cochran Working Group on Meta-Analysis Using Individual Patient Data. Practical methodology of meta-analysis (overviews) using updated individual patient data. **Statment Medicine**, v.14, p. 2057 - 2079, 1995

WEINBERGER, M et al. Prespectives from the sixth Regenstrief Conference. **Annals of Internal Medicine**, v.2, p. 127-128,1997

OBRAS CONSULTADAS¹

ABRAMSON, L.P. et al. Isolated cólonic neurofibroma manifested by massive lower gastrointestinal bleeding and intussusception. **Southern Medical Journal**, v.90, n.9, p.952-954, 1997.

AKAMINE, M. et al. A case of Meckel's diverticulum complicated by stenosis of the cólon. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.11, p.2114-2116, 1997.

AKLE, C.A. Endoprotheses for cólonic strictures. **The British Journal of Surgery**, v.85, n.3, p.310-314, 1998.

ALAPATI, S.V.; MIHAS, A.A. When to suspect ischemic colitis? Why is this condition so often missed or misdiagnosed? **Post graduation Medicine**, v.105, n.4, p.177-180, 183-184, 187, 1999.

ALEALI, M.; MILSOM, J.W. Laparoscopic surgery in Crohn's disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.81, n.1, p.217-230, x 2001.

ALLISON, S.; CORMAN, M.L. Intestinal stomas in Crohn's disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.81, n.1, p.185-195, ix 2001.

ALTOMARE, D.F. et. al. Glyceryl trinitrate for chronic anal fissure--healing or headache? Results of a multicenter, randomized, placebo-controlled, double-blind trial. **Diseases of the Cólon and Rectum**, v.43(2), p.174-179 ; discussion 179-181, 2000.

AMARO, R. et al. Rectal Dieulafoy's lesion: report of a case and review of the literature. **Diseases of the Cólon and Rectum**, v.42, n.10, p.1339-1341, 1999.

ARDIZZONE, S.; PORRO, G.B. A practical guide to the management of distal ulcerative colitis. **Drugs**, v.55, n.4, p.519-542, 1998.

ARIMA, N. et al. MALT lymphoma arising in giant diverticulum of ascending cólon. **The American Journal of Gastroenterology**, v.95, n.12, p.3673-3674, 2000.

BAERT, F.J. et. al. Anti-TNF strategies in Crohn's disease: mechanisms, clinical effects, and indications. **International Journal of Colorectal Disease**, v.14, n.1, p.47-51, 1999.

BARTLETT, J. G. Clinical practice. Antibiotic-associated diarrhea. **The New England Journal of Medicine**, v.346, n.5, p.334-339, 2002.

BARUCHA, A.E; PHILIPS, S.F. Slow transit constipation. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.30, n.1, p.77-95, 2001.

¹ "...as referências consultadas podem ser arroladas em outras listas, denominadas BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA, DOCUMENTOS CONSULTADOS ou OBRAS CONSULTADAS, as quais devem figurar após a lista de referências..." (Universidade Federal do Paraná. Normas para apresentação de documentos científicos, v.6, p.19, 2000).

BASSOTTI, G. et al. Colonic motility in man: features in normal subjects and in patients with chronic idiopathic constipation. **The American Journal of Gastroenterology**, v.94, n.7, p.1760-1770, 1999.

BAYRAKTAR, Y. et al. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.30, n.2, p.144-154, 2000.

BECKER, J.M. Surgical therapy for ulcerative colitis and Crohn's disease. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.28, n.2, p.371-390, viii-ix 1999.

BENCINI, L. et al. Intestinal occlusion caused by strangulated Morgani-Larrey hernia: clinical case and review of the literature. **Chirurgia Italianna**, v.53, n.3, p.415-419, 2000.

BHUTANI, M. S.; NADELLA, P. Utility of an upper echoendoscope for endoscopic ultrasonography of malignant and benign conditions of the sigmoid/left colon and the rectum. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.12, p.3318-3322, 2001.

BLAM, M.E. et al. Integrating anti-tumor necrosis factor therapy in inflammatory bowel disease: current and future perspectives. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.7, p.1977-1997, 2001.

BORLEY, N.R. et al. Preventing postoperative recurrence of Crohn's disease. **The British Journal of Surgery**, v.84, n.11, p.1493-1502, 1997.

BOX, J.C. Eosinophilic colitis presenting as a left-sided intussusception with secondary large bowel obstruction: an uncommon entity with a rare presentation. **American Surgeon**, v.63, n.8, p.741-743, 1997.

BOYNE, M.S.; DYE, K.R. Crohn's colitis and idiopathic thrombocytopenic purpura. **Post graduation Medical Journal**, v.76, n.895, p.299-300, 2000.

BOZZETTI, F. et. al. Preoperative chemoradiation in patients with resectable rectal cancer: results on tumor response. **Ann Surg Oncol**, v.9(5), p. 444-449, 2002.

BRAND, S. et al. Optical coherence tomography in the gastrointestinal tract. **Endoscopy**, v.32, n.10, p.796-803, 2000.

BRANDIMARTE, G.; TURSI, A. Endoscopic snare excision of large pedunculated colorectal polyps: a new, safe and effective technique. **Endoscopy**, v.33, n.10, p.854-857, 2001.

BRANDT, L.J. Thrombophilia and colon ischemia: Aura popularis? **Gastroenterology**, v.121, n.3, p.724-726, 2001.

BUESS, G.F. and RAESTRUP, H. Transanal endoscopic microsurgery. **Surgery Oncologic Clinics of North America**, v.10(3), p. 709-731, 2001.

BUHR, H.J.; KROESEN, A.J. Typical complications and their control after restorative proctocolectomy. **Chirurgie**, v.69, n.10, p.1035-1044, 1998.

CALLSTROM, M.R. et al. CT colonography without cathartic preparation: feasibility study. **Radiology**, v.219, n.3, p.693-698, 2001.

CAMILLERI, M. et al. Insights into the pathophysiology and mechanisms of constipation, irritable bowel syndrome and diverticulosis in older people. **Journal of the American Geriatric Society**, v.48, n.9, p.1142-1150, 2000.

CAMILLERI, M.; FORD, M.J. Review article: colonic sensorimotor physiology in health, and its alteration in constipation and diarrheal disorders. **Alimentary Pharmacological Therapy**, v.12, n.4, p.287-302, 1998.

CARIATI, A. et al. Laparoscopic or open appendectomy. Critical review of the literature and personal experience. **Genoa Chirurgica**, v.22, n.10, p.353-357, 2001.

CASTRO, L.P. et al. **Tópicos em Gastroenterologia – Avanços em Coloproctologia**. Rio de Janeiro, Medsi, 2001.

CHAPPLE, K.S. et al. Prognostic value of magnetic resonance imaging in the management of fistula-in-ano. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(4), p. 511-516, 2000.

CHAUDHRY, V. et al. Colonoscopy: the initial test for acute lower gastrointestinal bleeding. **American Surgeon**, v.64, n.8, p.723-728, 1998.

CHEN, W.C. et al. An endoscopic injection with N-butyl-2-cyanoacrylate used for colonic variceal bleeding: a case report and review of the literature. **The American Journal of Gastroenterology**, v.95, n.2, p.540-542, 2000.

CHEY, W.Y. et al. Colonic motility abnormality in patients with irritable bowel syndrome exhibiting abdominal pain and diarrhea. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n5. p.1499-1506, 2001.

CHURCH, J. et al. Predicting polyposis severity by proctoscopy: how reliable is it? **Diseases of the Colon and Rectum**, v.44, n.9, p.1249-1254, 2001.

CHURCH, J. How to remove an impacted chicken bone from the sigmoid colon endoscopically. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43, n.7, p.1018-1019, 2000.

CINTRON J. R. et al. Repair of fistula-in-ano using fibrin adhesive: long-term follow up. **Diseases of Colon and Rectum**. V.43, p. 944-950, 2000.

CIRIZA, C. et al. Mucinous adenocarcinoma of the appendix associated with ovarian tumors and pseudomyxoma peritonei. The difficulty in differential diagnosis. **Annales de Medicina Interna**, v.17, n.10, p.540-542, 2000.

CITONE, G. et al. Therapeutic strategy in symptomatic diverticular disease of the colon. **Chirurgia Italianna**, v.52, n.6, p.631-641, 2000.

CLARKE, S. C. Diarrheagenic Escherichia coli – an emerging problem? Diagnosis **Microbiology Infectious Diseases**, v.41, n.3, p.93-98, 2001.

COMPTON, C.C. Pathologic prognostic factors in the recurrence of rectal cancer. **Clinics of Colorectal Cancer**, v. 2(3), p.149-160, 2002.

CONIO, M. et al. Endoscopic Nd: YAG laser therapy for villous adenomas of the right colon. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.49, n.4 Pt1, p.504-508, 1999.

COSSAVELLA, D. et al. Lipoma of the colon as an unusual cause of recurring partial intestinal occlusion. Clinical case and review of the literature. **Minerva Chirurgica**, v.53, n.4, p.277-280, 1998.

CRIPPS, N.P.; COOPER, G.J. Risk of late perforation in intestinal contusions caused by explosive blast. **The British Journal of Surgery**, v.84, n.9, p.1298-1303, 1997.

CRUZ G. M.G. **Coloprotologia: Propedêutica Geral**. Rio de Janeiro, Reviver, 1999.

CRUZ G. M.G. **Coloprotologia: Propedêutica Nosológica**. Rio de Janeiro, Reviver, 2000.

CUSTER, T.J. et al. Giant colonic diverticulum: a rare manifestation of a common disease. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, v.3, n.5, p.543-548, 2000.

DAFNIS, G. et al. Complications of diagnostic and therapeutic colonoscopy within a defined population in Sweden. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.54, n.3, p.302-309, 2001.

DE GRAAF, E. J. et. al. Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer. **European Journal of Cancer**, v. 38(7), p.904-910, 2002.

DE OLIVEIRA, N.C.; WELCH, J.P. Giant diverticula's of the colon: a clinical assessment. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.7, p.1092-1096, 1997.

DE PONTI, F.; TONINI, M. Irritable bowel syndrome: new agents targeting serotonin receptors subtypes. **Drugs**, v.61, n.3, p.317-332, 2001.

DELGADO, S. Et al. Acute phase response in laparoscopic and open colectomy in colon cancer: randomized study. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.44, n.5, p.638-646, 2001.

DELL'ABATE, P. et al. Endoscopic treatment of colorectal benign-appearing lesions 3 cm or larger: techniques and outcome. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.44, n.1, p.112-118, 2001.

- DELMÃO, M. Laboratory diagnosis of *Clostridium difficile* disease. **Clin Microbiol Infect**, v.7, n.8, p.411-416, 2001.
- DELVAUX, M.M. Stress and visceral perception. **Canadian Journal of Gastroenterology**, v.13, supplement A, p.32A – 36A, 1999.
- DIAS, J. C. A forma indeterminada da doença de Chagas crônica humana. Uma revisão clínica epidemiológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.22, n.3, p.147-156, 2000.
- DUBLINEAU, I. et al. Characterization of altered absorptive and secretory functions in the rat colon after abdominal irradiation: comparison with the effects of total-body irradiation. **Radiation Res**, v.157, n.1, p.52-61, 2002.
- DURUISSEAU, O. et al. Posttraumatic retroperitoneal rupture of the right colon simulating a retroperitoneal hematoma. **Journal of Trauma**, v.42, n.4, p.741-742, 1997.
- EHRENPREIS, E.D. et al. Treatment of anal fissures with topical nitroglycerin. **Expert Opinion in Pharmacotherapy**, v. 2(1), p. 41-45, 2001.
- ENNS, R. Acute lower gastrointestinal bleeding: part 2. **The Canadian Journal of Gastroenterology**, v.15, n.8, p.517-521, 2001.
- EUSCHER, E.D. et al. Large colorectal adenomas. An approach to pathologic evaluation. **The American Journal of Clinical Pathology**, v.116, n.3, p.336-340, 2001.
- FARRELL, R.J.; PEPPERCORN, M.A. Ulcerative colitis. **Lancet**, v.359, n.9303, p.331-340, 2002.
- FATTAH, A. S. et al. Colorectal adenomatous polyps detected by immunohistochemical occult blood screening. **Hepatogastroenterology**, v.45, n.21, p.712-716, 2000.
- FAUCHERON, J.L. et al. Soave's procedure: the final sphincter-saving solution for iatrogenic rectal lesions. **The British Journal of Surgery**, v.85, n.7, p.962-964, 1998.
- FELT-BERSMA, R.J. and CUESTA, M.A. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and solitary rectal ulcer syndrome. **Gastroenterology Clinics of North America**, v. 30(1), p.199-222, 2001.
- FERRARA, G. et al. Endometriosis of the appendix. A case report. **Minerva Ginecologica**, v.50, n.9, p.389-390, 1998.
- FERULANO, G.P. et al. Influence of the surgical treatment on local recurrence of rectal cancer: a prospective study (1980-1992). **Journal of Surgery and Oncology**, v. 74(2)p. 153-157, 2000.
- FITZGERALD, A.M. et al. Colonic perforation following prolonged hypovolemia in a major burns injury. **Burns**, v.25, n.6, p.527-530, 1999.

- FLETCHER, J. G. et al. Optimization of CT colonography technique: prospective trial in 180 patients. **Radiology**, v.216, n.3, p.704-711, 2000.
- FOUTCH, P.G. Colonic angiodysplasia. **Gastroenterologist**, v.5, n.2, p.148-156, 1997.
- FREITAG, M. et al. Iatrogenic colon perforation from the viewpoint of the surgeon. Experiences with 11 patients. **Chirurgie**, v.71, n.5, p.568-571, 2000.
- FUJITA, K. Et al. Dermoid cyst of the colon. **Digestive Surgery**, v.18, n.4, p.335-337, 2001.
- GABRIELLI, F. et al. Bleeding in diverticular disease of the colon. **Annales Italianni de Chirurgia**, v.69, n.4, p.451-457, 2000.
- GARCIA-AGUIAR J. et. al. Local excision of rectal cancer without adjuvant therapy: a word of caution. **Annals of Surgery**, v. 231(3), p.345-351, 2000.
- GAULLER, U. et al. Neurogenic appendicopathy: a frequent, almost unknown disease picture. Evaluation of 816 appendices and review of the literature. **Chirurgie**, v. 72, n.6, p.684-689, 2001.
- GIACCARI, S. et al. Partially hydrolysed guar gum: a fiber as coadjuvant in the irritable colon syndrome. **Clinical Teraphy**, v.152, n.1, p.21-25, 2000.
- GIUFFRIDA, M.C. et al. Diverticula of the right colon. The diagnosis and treatment of complications. **Minerva Chirurgica**, v.52, n.12, p.1503-1512, 1997.
- GONZALEZ, Z.J. et al. Association of diverticular disease of the colon and vagal atrial fibrillation. **The American Journal of Cardiology**, v.89, n.4, p.475-477, 2002.
- GREENWALD, D.A. et al. Isquemic bowel disease in the elderly. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.30, n.2, p.445-473, 2001.
- GREENWALD, D.A.; BRANDT, L.J. Colonic ischemia. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.27, n.2, p.122-128, 1998.
- GUEST, G.D.; FINK, R.L. Metastatic Crohn's disease: case report of an unusual variant and review of the literature. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43, n.12, p.1764-1766, 2000.
- GUMBO, T. et al. Recurrent pneumonia from an ileobronchial fistula complicating Crohn's disease. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.32, n.4, p.365-367, 2001.
- GUY, T.S. et al. Crohn's disease of the colon. **The Surgical Clinics of North America**, v.81, n.1, p.159-168, ix 2001.
- HARA, A.K. et al. Colorectal lesions: evaluation with CT colography. **Radiographics**, v. 17, n.5, p.1157-1167; discussion 1167-1168, 2000.

HARARI, D.; MINAKER, K. L. Megacólon in patients with chronic spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 38, n.6, p.331-339, 2000.

HARRIS, G.J. et al. The management of neoplastic colorectal obstruction with colonic endolumenal stenting devices. **American Journal of Surgery**, v.181, n.6, p.499-506, 2001.

HASEGAWA, S. et al. Metastasis to the forearm skeletal muscle from an adenocarcinoma of the colon: report of a case. **Surgery Today**, v.30, n.12, p.1118-1123, 2000.

HATCH, K. F. et al. Tumors of the appendix and colon. **World Journal of Surgery**, v.24, n.4, p.430-436, 2000.

HAY, J.L. and MSIKA, S. Radiotherapy and chemotherapy in the treatment of cancer of the rectum. **J Chir (Paris)**, v.137(1), p.13-15, 2000.

HELTON, W. S. 2001 consensus statement on benign anorectal disease. **Journal of Gastroenterology Surgery**, v.6(3), P.302-303, 2002.

HETZER, F.H. Stapled vs excision hemorrhoidectomy: long-term results of a prospective randomized trial. **Arch Surg**, v.137(3), p.337-440, 2002.

HEUSCHEN, G. et al. Primary sclerosing cholangitis – an ulcerative colitis-associated illness with surgical consequences. **Chirurgie**, v.69, n.10, p.1028-1034, 1998.

HEUSCHEN, U.A. et al. Quality of life after proctocolectomy for ulcerative colitis. **Chirurgie**, v.69, n.10, p.1045-1051, 1998.

HO, Y. H. et. al. Randomized trial assessing anal sphincter injuries after stapled haemorrhoidectomy. **The British Journal of Surgery**, v. 88(11), p. 1449-1455, 2001.

HOFFMANN, J.C.; ZEITZ, M. Treatment of Crohn's disease. **Hepatogastroenterology**, v.47, n.31, p.90-100, 2000.

HORIKAWA, Y. et al. Gastrointestinal motility in patients with irritable bowel syndrome studied by using radiopaque markers. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v.34, n.12, p. 1190-1195, 1999.

HORTON, K.M. et al. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. **Radiographics**, v.20, n.2, p.399-418, 2000.

HUBER Jr, P. et. al. Anorectal Disease. **Current Treatement Options in Gastroenterology**, v.3(3), p.229-242, 2000.

HULTAIN, L. Proctocolectomy and ileostomy to pouch surgery for ulcerative colitis. **World Journal of Surgery**, v.22, n.4, p.335-341, 1998.

IIDA, K. Et al. Hydronephrosis as a complication of the appendiceal abscess: report of a case. **Abstract - Hinyokika kiyo**, v.46, n.3, p.181-184, 2000.

INAGAWA, S. Et al. Solitary schwannoma of the colon: report of two cases. **Surgery Today**, v. 31, n.9, p.833-838, 2001.

INDARAM, A.V. et al. Mucosal cytokine production in radiation-induced proctosigmoiditis compared with inflammatory bowel disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v.95, n.5, p.1221-1225, 2000.

IWADARE, J. Sphincter-preserving techniques for anal fistulas in Japan. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43(10 Suppl), p. 69-77, 2000.

JANOWER, M.L. Acute diverticulitis. **The New England Journal of Medicine**, v.339, n.15, p.1081-1082, discussion 1082-1083, 1998.

JENSEN, D.M. et al. Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. **The New England Journal of Medicine**, v.342, n.2, p.78-82, 2000.

JENSEN, D.M.; MACHICADO, G.A. Colonoscopy for diagnosis and treatment of severe lower gastrointestinal bleeding. Routine outcomes and cost analysis. **The Gastroenterologic Endoscopy Clinics of North America**, v.7, n.3, p.477-498, 1997.

JONAS, M. et. al. Anal Fissure. **Gastroenterology Clinics of North America**, v.30(1), p.167-181, 2001.

JONES, I. T.; FAZIO, V. W. Colonic volvulus. Etiology and management. **Digestive Diseases**, v.7, n.4, p.203-209, 1989.

JOST, W.H. Ten years' experience with botulin toxin in anal fissure. **International Journal of Colorectal Diseases**, v.17(5), p.298-302, 2001.

KANAI, H. et al. Chronic intestinal pseudo-obstruction due to dialysis-related amyloid deposition in the propria muscularis in a hemodialysis patient. **Clinical Nephrology**, v.53, n.5, p.394-399, 2000.

KARULF, R.E. et. al. Rectal prolapse. **Current Problems in Surgery**, v. 38(10), p.771-832, 2001.

KATHULA, S.K. et al. Complete resolution of refractory immune thrombocytopenic purpura after colectomy for ulcerative colitis. **International Journal of Clinical Practice**, v.55, n.9, p.647-648, 2001.

KATO, K. et al. Angiolipoma of the colon with right lower quadrant abdominal pain. **Digestive Surgery**, v.16, n.5, p.441-444, 1999.

KATZ, S. Update in medical therapy in inflammatory bowel disease: a clinician's view. **Digestive Disease**, v.17, n.3, p.163-171, 1999.

KELLOKUMPU, I.H. and KAIRALUOMA, M. Laparoscopic repair of rectal prolapse: surgical technique. **Ann Chir Gynaecol**, v. 90(1), p.66-69, 2001.

KELLY, M.D. et al. Primary intestinal Hodgkin's disease complicating ileal Crohn's disease. Abstract - **Aust NZJ Surgery**, v. 67, n.7, p.485-489, 1997.

KIM, H.R.; KIM, Y.J. Neurofibromatosis of the colon and rectum combined with other manifestations of von Recklinghausen's disease: report of a case. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.41, n.9, p.1187-1192, 1998.

KIRCHHOFF, L. V. American trypanosomiasis (Chagas' disease). **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.25, n.3, p.517-533, 1996.

KLINGLER, P. J. et al. Clostridium difficile infection: risk factors, medical and surgical management. **Digestive Disease**, v.18, n.3, p.147-160, 2000.

KLINGLER, P.J. et al. Management of ingested foreign bodies within the appendix: a case report with review of the literature. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.12, p.2295-2298, 1997.

KLINGLER, P.J. et al. Ingested foreign bodies within the appendix: a 100-year review of the literature. **Digestive Disease**, v.16, n.5, p.308-314, 2000.

KLINGLER, P.J. et al. Management of ingested foreign bodies within the appendix: a case report with review of the literature. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.12, p.2295-2298, 1997.

KOCHHAR, R. et al. Natural history of late radiation proctosigmoiditis treated with topical sucralfate suspension. **Digestive Disease Science**, v.44, n.5, p.973-978, 1999.

KONSTEN, J. and BAETEN, C.G. Hemorrhoidectomy vs. Lord's method: 17-year follow-up of a prospective, randomized trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(4), p.503-506, 2000.

KOTFILA, R.; TRUDEAU, W. Extra esophageal varices. **Digestive Diseases**, v.16, n.4, p.232-241, 2000.

KRAEMER, M. et al. Macroscopic assessment of the appendix at diagnostic laparoscopy is reliable. **Surgical Endoscopy**, v.14, n.7, p.625-633, 2000.

KREVSKY, B. Detection and treatment of angiodysplasia. **The Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America**, v.7, n.3, p.509-524, 1997.

- KUMAR, A.; JAZIEH, A.R. Case report of sideroblastic anemia caused by ingestion of coins. **The American Journal of Hematology**, v.66, n.2, p.126-129, 2001.
- KYNE, L. et al. Clostridium difficile. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.30, n.3, p.753-777, ix-x 2001.
- LAMBERT, R. Et al. Early diagnosis and prevention of sporadic colorectal cancer. **Endoscopy**, v.33, n.12, p.1042-1064, 2001.
- LARSEN, S.G. et al. Invagination of the appendix with carcinoid tumour. **European Journal of Surgery**, v.165, n.10, p.993-997, 1999.
- LAVERY, I. C. et al. Treatment of colon and rectal cancer. **The Surgical Clinics of North America**, v.80, n.2, p.535-569, ix 2000.
- LEDERMANN, H.P. et al. Superselective coil embolization in acute gastrointestinal hemorrhage: personal experience in 10 patients and review of the literature. **Journal of Vascular Interventional Radiology**, v.9, n.5, p.753-760, 2000.
- LENZO, N.P.; GARAS, G. Biliary stent migration with colonic diverticular perforation. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.47, n.6, p.543-544, 1998.
- LEWIS, J.D. et al. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.28, n.2, p.459-477, x 1999.
- LIBERTINY, G. et. al. Randomised trial of topical 0.2% glyceryl trinitrate and lateral internal sphincterotomy for the treatment of patients with chronic anal fissure: long-term follow-up. **European Journal of Surgery**, v.168(7), p.418-421., 2001
- LIEBERMAN, D. A.; WEISS, D. G. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon. **The New England Journal of Medicine**, v.345, n.8, p.555-560, 2001.
- LIN, O.S. et al. Dietary habits and right-sided conic diverticulosis. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43, n.10, p.1412-1418, 2000.
- LINDSEY, I. et. al. A randomized, controlled trial of fibrin glue vs. conventional treatment for anal fistula. **Diseases of the Colon and Rectum**. v. 45(12), p.1608-1015, 2002.
- LINOS, D.; NESTORIDIS, E. Laparoscopic removal of an ingested foreign body and repair of colonic perforation. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.52, n.3, p.424-426, 2000.
- LOGAN, M.T.; NOTTINGHAM, J.M. Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature. **American Surgeon**, v. 67, n.7, p.628-629, 2001.

- LOHLUN, J. et al. Fecal impaction causing megarectum - producing colorectal catastrophes. A report of two cases. **Digestive Surgery**, v.17, n.2, p.196-198, 2000.
- LONGSTRETH, G.F. Irritable bowel syndrome. Diagnosis in the managed care era. **Digestive Diseases and Sciences**, v.42, n.6, p.1105-111, 1997.
- LOSANOFF, J.E.; KIOSSEV, K.T. Gastrointestinal "crosses". An indication for surgery. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.33, n.4, p.310-314, 2001.
- LOWRY, A.C. et. al. Consensus statement of definitions for anorectal physiology and rectal cancer. **ANZ J Surg**, v. 71(10), p. 603-605, 2001.
- LUDWIG, D.; STANGE, E.F. Treatment of ulcerative colitis. **Hepatogastroenterology**, v.47, n.31, p.83-89, 2000.
- LYASS, S. et al. Perforated appendicitis within an inguinal hernia: case report and review of the literature. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.4, p.700-702, 1997.
- LYNCH, A.C. et al. Bowel dysfunction following spinal cord injury. **Spinal Cord**, v.39, n.4, p.193-203, 2001.
- MACHICADO, G.A.; JENSEN, D.M. Acute and chronic management of lower gastrointestinal bleeding: cost-effective approaches. **Gastroenterologist**, v.5, n.3, p.189-201, 1997.
- MAJESKI, J.; DURST, G. Obstructing giant colonic diverticulum. **Southern Medical Journal**, v.93, n.8, p.797-799, 2000.
- MANGANOTIS, A.N. et al. Urologic complications of Crohn's disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.81, n.1, p.197-215, x 2001.
- MANNIKES, H. et al. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity. **Digestive Diseases**, v.19, n.3, p.201-211, 2001.
- MARIA, G. et. al. A comparison of botulinum toxin and saline for treatment of chronic anal fissure. **New England Journal of Medicine**, v. 338 , n.4, p.217-220, 1998.
- MARION, J.F.; PRESENT, D.H. The modern medical management of acute, severe ulcerative colitis. **European Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.9, n.9, p.831-835, 1997.
- MARTEAU, P. Inflammatory bowel disease. **Endoscopy**, v.34, n.1, p.63-68, 2002.
- MATSUSHITA, M. et al. Endoscopic removal techniques and clipping closure for chicken bones wedged transversely in the colon. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.44, n.5, p. 749-750, 2001.

MAULLER, G. et al. Leukemia and lymphoma of the appendix presenting as acute appendicitis or acute abdomen. Four case reports with a review of the literature. **Journal Cancer Res Clin Oncology**, v.123, n.10, p.560-564, 1997.

MAURO, M.A. et al. Advances in the gastrointestinal intervention: the treatment of gastroduodenal and colorectal obstructions with metallic stents. **Radiology**, v.215, n.3, p.659-669, 2000.

McCLANE, S.J. et. al. Anorectal Crohn's disease. **Surgical Clinics of North America**, v.81(1), p. 169-183, 2001.

McLEOD, R.S. et. al. Symptomatic care and nitroglycerin in the management of anal fissure. **Journal of Gastrointestinal Surgery**. v.6(3), p.278-280, 2002.

MEIER, C. et al. Ogilvie's syndrome with cecal perforation. A rare complication after isolated thoracic trauma. Case report and current literature review. **Swiss Surgery**, v.6, n.4, p.184-191, 2000.

MENESES, A. C. Et al. Megacolon and Cancer. Cancer of the large intestine in chagasic patients with megacolon. **Arquivos of Gastroenterology**, v.26, n.1-2, p.13-16, 2000.

MENON, V.S. Prospective study of primary anastomosis following sigmoid resection for suspected acute complicated diverticular disease. **The British Journal of Surgery**, v.89, n.2, p.246-247, 2002.

MEUWISSEN, S.G. et al. Spectrum of acute self-limiting colitis: role of the clinician and pathologist. **Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.31, n.8, p.807-816, 1999.

MIETTINEN, M. et al. Gastrointestinal stromal tumors. **Annales de Chirurgia Gynaecologica**, v.87, n.4, p.278-281, 1998.

MIETTINEN, M. et al. Mesenchymal tumors of muscularis mucosae of colon and rectum are benign leiomyomas that should be separated from gastrointestinal stromal tumors – a clinicopathologic and immunohistochemical study of eighty-eight cases. **Mod Pathology**, v.14, n.10, p.950-956, 2001.

MIRAKI-MOUD, F. et al. Increased levels of insulin-like growth factor binding protein-2 in sera and tumors from patients with colonic neoplasia with and without acromegaly. **Clin Endocrinology (Oxf)**, v.54, n.4, p.499-508, 2001.

MOHR, H.H.; DIERKES-GLOBISCH, A. Endoscopic removal of a perforating toothpick. **Endoscopy**, v.33, n.3, p.295, 2001.

MORITA, H. et al. Development of flat adenoma and superficial rectal cancer after pelvic radiation. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.26, n.3, p.171-174, 1998.

MUNHOZ, C. et al. Acute abdomen due to perforation of colon by ingested chicken bone: diagnosis and endoscopic treatment. **The American Journal of Gastroenterology**, v.94, n.10, p.3069-3071, 1999.

- MUTTER, D. et al. Surgical treatment of acute sigmoiditis. **Journal de Chirurgie**, v.137, n.1, p.16-20, 2000.
- MYLONAKIS, E. et al. Clostridium difficile-associated diarrhea: a review. **Archives of Internal Medicine**, v.161, n.4, p.525-533, 2001.
- NAKASE, H. et al. Endoscopic resection of small inflammatory fibroid polyp of the colon. **Intern Medicine**, v.39, n.1, p.25-27, 2000.
- NARAVANAN, S. et al. Crohn's disease presenting as pyogenic liver abscess with review of previous case reports. **The American Journal of Gastroenterology**, v.93, n.12, p.2607-2609, 1998.
- NELSON, H. et. al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. **J Natl Cancer Inst**, v. 93(8), p. 583-596, 2001.
- NELSON, R. Operative procedures for fissure in ano. **Cochrane Database System Review**, v.1, 2002.
- NISHIMURA, M. et al. Basedow's disease and chronic ulcerative colitis: a case report and review of the Japanese literature. **Intern Medicine**, v.40, n.1, p.44-47, 2001
- NOKAGOE, T. et al. Use of minilaparotomy in the treatment of colonic cancer. **The British Journal of Surgery**, v.88, n.6, p.831-836, 2001.
- NOMURA, T. et al. Abnormal electroencephalogram in irritable bowel syndrome. **Scandinavian Journal of Gastroenterology**, v.34, n.5, p.478-484, 1999.
- O'MALLEY, K.J. et al. Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) after renal transplantation. **The American Journal of Surgery**, v.177, n.6, p.492-496, 1999.
- ODOLOWO, O. O. Massive life-threatening lower gastrointestinal hemorrhage following hemorrhoidal rubber band ligation. **J Natl Med Assoc**, v.94(12), p.1089-1092., 2002.
- OGIHARA, M. et al. Psoas abscess complicating Crohn's disease: report of a case. **Surgery Today**, v.30, n.8, p.759-763, 2000.
- OHGE, H. et al. Progression of primary biliary cirrhosis after proctocolectomy for ulcerative colitis. **Journal of Gastroenterology**, v.35, n.11, p.870-872, 2000.
- OKADA, M. et al. Perforation of the sigmoid colon with ischemic change due to polyarteritis nodosa. **Journal of Gastroenterology**, v.34, n.3, p.400-404, 1999.
- OKAMOTO, T. et al. The appearance of a normal appendix on barium enema examination does not rule out a diagnosis of chronic appendicitis: report of a case and review of the literature. **Surgery Today**, v.27, n.6, p.550-553, 1997.

OLDFIELD, E. C.; WALLACE, M. R. The role of antibiotics in the treatment of infectious diarrhea. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.30, n.3, p.817-836, 2001.

OLIPHANT, U.J.; ROSENTHAL, A. Hematuria: an unusual presentation for mucocoele of the appendix. Case report and review of the literature. **JSLS**, v.3, n.1, p.71-74, 2000.

OLIVEIRA, C.B. et al. Mycobacterial spindle cell pseudotumor of the appendix vermiformis in a patient with aids. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v.5, n.2, p. 98-100, 2001.

OLIVEIRA, R. B. Et al. Gastrointestinal manifestations of Chagas' disease. **The American Journal of Gastroenterology**, v.93, n.6, p.884-889, 1998.

ORTIZ, V. et al. Severe lower digestive hemorrhage in Crohn's disease. **Abstract -Gastroenterol Hepatology**, v.22, n.1, p.18-21, 1999.

OSADA, T. Et al. Thoracic empyema associated with recurrent colon cancer: report of a case and review of the literature. **Diseases of the C6lon and Rectum**, v.44, n.2, p.291-294, 2001.

OTA, S. Et al. Colorectal cancer and non-steroidal anti-inflammatory drugs. **Acta Pharmacol Sin**, v. 21, n. 5, p. 391-395, 2000.

OZAKYOL, A.H. et al. Primary appendiceal adenocarcinoma. **The American Journal of Clinical Oncology**, v.22, n.5, p.458-459, 1999.

PANIS, Y. Surgical treatment for Crohn's disease. **Annales de Chirurgie**, v.127, n.1, p.9-18, 2002.

PANIS, Y. Laparoscopic surgery for benign colorectal diseases. **Journal de Chirurgie**, v.137, n.5, p.261-267, 2000.

PARASKEVA, K.D. et al. Streptococcus milleri liver abscesses: an unusual complication after colonoscopic management. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.50, n.5, p.708-709, 1999.

PESTIEAU, S. R.; SUGARBAKER, P. H. Treatment of primary colon cancer with peritoneal carcinomatosis: comparison of concomitant versus delayed management. **Diseases of the C6lon and Rectum**, v.43, n.10, p.1341-1346; discussion 1347-1348, 2000.

PICARD, C. et al. Intestinal and colonic motor alterations associated with irradiation-induced diarrhea in rats. **Neurogastroenterologic Motility**, v.13, n.1, p.19-26, 2001.

PIKARSKY, A.J. et al. Complications following formalin instillation in the treatment of radiation induced proctitis. **International Journal of Colorectal Diseases**, v.15, n.2, p.96-99, 2000.

PITT, J. et. al. Alpha-1 adrenoreceptor blockade: potencial new treatment for anal fissures. **Diseases of C6lon and Rectum**, v. 43, n.3, p. 800-803, 2000.

PONZANO, C. et al. Diagnostic problems, pathogenic hypothesis and therapeutic proposals in Ogilvie's syndrome. Review of 470 observations from the literature and presentation of 5 new cases. **Minerva Chirurgica**, v.52, n.11, p.1311-1320, 1997.

PRATHER C.M. et al. Tegaserod accelerates orocecal transit in patients with constipation-predominant irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, v.118, n.3, p.463-468, 2000.

PRATHER, C.M.; ORTIZ-CAMACHO, C.P. Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults. **Mayo Clinic Procedures**, v.73, n.9, p.881-886, quiz 887, 1998.

QUILICI, F. A. **Doenças Anorretais**. São Paulo, Lemos Editorial, 2002.

RASHEED, A.A. et al. Cólica perforation by ingested chicken bone. **American Journal of Roentgenology (AJR)**, v.176, n.1, p.152, 2001.

RAYO, B. et. al. Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? **Techn. Coloproctology**. v. 6(2), p.83-8, 2002.

READ, T.E. et al. Coloenteric fistula from chicken-bone perforation of the sigmoid colon. **Surgery**, v.125, n.3, p.354-356, 1999.

REIS NETO, J.A. et. al. **New Trends in Coloproctology**. Rio de Janeiro, Revinter, 2000.

REZENDE, J. M.; MOREIRA, H. Chagasic megaesophagus and megacolon. Historical review and present concepts. **Arquivos of Gastroenterology**, v.25, n.0, p.32-43, 1988.

RIBEIRO, A. et al. Cólica strictures induced by nonsteroidal anti-inflammatory drugs. **Southern Medical Journal**, v.91, n.6, p.568-572, 1998.

RICHARD, C.S. et. al. Internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin in the treatment of chronic anal fissure: results of a randomized, controlled trial by the Canadian Colorectal Surgical Trials Group. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 43(8), p.1048-1057; discussion 1057-8, 2000.

RISPOLI, G. et al. Removal of a foreign body from the distal colon using a combined laparoscopic and endoanal approach: report of a case. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.43, n.11, p.1632-1634, 2000.

RIZK, N. et al. Laparoscopic treatment of generalized peritonitis with diverticular perforation of the sigmoid colon. Report of 10 cases. **Chirurgie**, v.123, n.4, p.358-362, 1998.

ROSE, S. et al. Gastrointestinal manifestations of scleroderma. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.27, n.3, p. 563-594, 1998.

ROWSELL, M. and HENMINGWAY D.M. Circumferential mucosectomy (stapled haemorrhoidectomy) versus conventional haemorrhoidectomy: randomised controlled trial. **Lancet**, v. 355(9206), p. 779-781, 2000.

ROY, M.A. Inflammatory bowel disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.77, n.6, p.1419-1431, 1997.

SAHAN, C. et al. Behçet's disease and diverticulosis. **Digestive Surgery**, v. 18, n.5, p.421-422, 2001.

SALOMON, M.J. Does type of surgeon matter in rectal cancer surgery? Evidence, guideline consensus and surgeons' views. **ANZ J Surg**, v. 71(12)p. 711-714, 2001.

SARCINA, A. et al. Aneurysm of the middle colic artery – case report and literature review. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v.20, n.2, p.198-200, 2000.

SCARPIGNATO, C.; PELOSINI, I. Management of irritable bowel syndrome: novel approaches to the pharmacology of gut motility. **The Canadian Journal of Gastroenterology**, v.13 supplement A, 50A-65A, 1999.

SCHAMERICH, J. Prevention of Crohn's disease recurrence. **Chirurgie**, v.69, n.9, p.245-7,1998.

SCHMULSON, M. et al. Correlation of symptom criteria with perception thresholds during rectosigmoid distension in irritable bowel syndrome patients. **The American Journal of Gastroenterology**, v.95, n.1, p.152-156, 2000.

SCOLAPIO, J.S. et al. Gastrointestinal motility considerations in patients with short-bowel syndrome. **Digestive Diseases**, v.15, n.4-5, p.253-262, 2000.

SCOLAPIO, J.S. et al. Nutritional management of chronic intestinal pseudo-obstruction. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.28, n.4, p.306-312, 1999.

SENAGORE, A.J. Laparoscopic techniques in intestinal surgery. **Seminary of Laparoscopic Surgery**, v.8, n.3, p.183-188, 2001.

SHETTY, P.G. et al. Pneumocephalus secondary to colonic perforation by ventriculoperitoneal shunt catheter. **The British Journal of Radiology**, v.72, n.859, p.704-705, 1999.

SHIRAISHI, M. et al. Radiation enterocolitis: overview of the past 15 years. **World Journal of Surgery**, v.22, n.5, p.491-493, 1998.

SILVA, R.A. et al. Argon plasma coagulation therapy for hemorrhagic radiation proctosigmoiditis. **Gastrointestinal Endoscopy**, v.50, n.2, p.221-224, 1999.

SIMKOVIC, D. et. al. Importance of the anorectal manometry in chronic anal fissure. **Acta Medica (Hradec Kralove)**. v. 44(3), p.105-107, 2001.

SMITH, A. M.; WATSON, S. A. Review article: gastrin and colorectal cancer. **Alimentary Pharmacological Therapy**, v.14, n.10, p.1231-1247, 2000.

SOLIMAN, A.; GRUNDMAN, M. Conservative management of colonoscopic perforation can be misleading. **Endoscopy**, v.30, n.9, p.790-792, 1998.

SPILLER, R.C. Upper gut dysmotility in slow-transit constipation: is it evidence for a pan-enteric neurological deficit in severe slow transit constipation? **European Journal of Gastroenterology and Hepatology**, v.11, n.7, p.693-696, 1999.

SPINELLI, P.; MANCINI, A. Use of self-expanding metal stents for palliation of rectosigmoid cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, v. 53, n.2, p.203-206, 2001.

STOCCHI, L.; PEMBERTON, J.H. Pouch and pouchitis. **The Gastroenterology Clinics of North America**, v.30, n.1, p.223-241, 2001.

STOLLMAN, N.H.; RASKIN, J.B. Diverticular disease of the colon. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.29, n.3, p.241-252, 1999.

SULTAN, S. Anal condyloma: its management is still difficult. **J Chir (Paris)**, v. 138(5), p.277-280, 2001.

TACK, J. et al. Neuropeptides and colonic motility: it's all in the little brain. **Gastroenterology**, v.119, n.1, p.257-260, 2000.

TALLEY, N.J. Serotonergic neuroenteric modulators. **Lancet**, v.358, n.9298, p.2061-2068, 2001.

TANAKA, N. et al. Diffuse cavernous haemangioma of the rectum. **European Journal of Surgery**, v.165, n.3, p.280-283, 1999.

THALER, W. et al. Amyloidosis – an unusual case of recurrent intestinal bleeding and sigmoid perforation: case report with review of the literature. **International Journal of Colorectal Diseases**, v.14, n.6, p.297-299, 1999.

THOMSON, A. et al. Oxidative stress and antioxidants in intestinal disease. **Digestive Disease**, v.16, n.3, p.152-158, 2000.

TOMAI, O. et al. Radiation-associated rectal cancer: report of four cases. **Digestive Surgery**, v.16, n.3, p.238-243, 1999.

TOMORI, H. et al. Radiation-associated ischemic coloproctitis: report of two cases. **Surgery Today**, v.29, n.10, p.1088-1092, 1999.

TORIGIAN, D.A. et al. Fecal impaction: a cause of isolated small bowel dilatation on abdominal radiographs. **European Journal of Radiology**, v. 40, n.1, p.45-49, 2001.

TRACEY, J. Fecal impaction: not always a benign condition. **Journal of Clinical Gastroenterology**, v.30, n.3, p.228-229, 2000.

TRAN, D.Q. et al. Actual colonoscopy. What are the risks of perforation? **American Surgeon**, v.67, n.9, p.845-847, discussion 847-848, 2001.

TRUONG, M. et al. Sonographic appearance of benign and malignant conditions of the colon. **The American Journal of Roentgenology (ARJ)**, v.170, n.6, p.1451-1455, 1998.

UNCU, H. et al. primary malignant lymphoma of the appendix (a case report and review of the literature). **Acta Chirurgica Hungara**, v.37, n.1-2, p.11-16, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Normas para apresentação de pesquisa científica**. Curitiba, Ed. da UFPR, 2000.

VAN CUSTSEM, E. et. al. Adjuvant treatment of colorectal cancer (current expert opinion derived from the Third International Conference: Perspectives in Colorectal Cancer, Dublin, 2001). **The European Journal of Cancer**, v. 38(11), p.1429-1436, 2002.

VAN GOSSUM, M. et al. Idiopathic colonic varices: an unusual cause of massive lower gastrointestinal hemorrhage. **Acta Gastroenterologica Belga**, v. 63, n.4, p.397-399, 2000.

VANNER, S.J. et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. **The American Journal of Gastroenterology**, v.94, n.10, p. 2912-2917, 1999.

VARDAKI, E. et al. Sigmoid carcinoma incidentally discovered after perforation caused by an ingested chicken bone. **American Journal of Roentgenology (AJR)**, v.176, n.1, p. 153-154, 2001.

VENTRUCI, M. et al. Efficacy and safety of Nd: YAG laser for the treatment of bleeding from radiation proctocolitis. **Digestive Liver Disease**, v.33, n.3, p.230-233, 2001.

VERNAVA, A.M. et al. Lower gastrointestinal bleeding. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.40, n.7, p.846-858, 1997.

VICENZI, L. et al. Appendiceal mucocoele associated with colonic neoplasm. Report of 2 cases and review of the literature. **Chirurgia Italiana**, v. 53, n.3, p.420-424, 2000.

VIRAMONTES, B.E. et al. Gender-related differences in slowing colonic transit by a 5-HT₃ antagonist in subjects with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. **The American Journal of Gastroenterology**, v.96, n.9, p.2671-2676, 2001.

VONS, C. Diagnosis of appendicular syndromes: for a rational approach. **Journal de Chirurgie**, v.138, n.3, p.143-145, 2001.

WANCKERLIN, A. Aortic valve insufficiency in Crohn's disease. **Schweiz Med Wochenschr**, v.127, n.22, p.935-939, 1997.

WATNE, A.L. Colon polyps. **Journal of Surgical Oncology**, v.66, n.3, p.207-214, 1997.

WEEKS, J. C. et al. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy versus open colectomy for colon cancer: a randomized trial. **Journal of the American Medical Association (JAMA)**, v.287, n.3, p.321-328, 2002.

WELBORN, M.B.; SEEGER, J.M. Prevention and management of sigmoid and pelvic ischemia associated with aortic surgery. **Seminars of Vascular Surgery**, v.14, n.4, p.255-265, 2001.

WEXNER, S.D.; MOSCOVITZ, I.D. Laparoscopic colectomy in diverticular and Crohn's disease. **The Surgical Clinics of North America**, v.80, n.4, p.1299-1319, 2000.

WHITEFORD, M.H. et al. Budd-Chiari syndrome complicating restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: report of a case. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 42, n. 9, p.1220-1224, 1999.

WHITEHEAD, W.E. et al. Treatment options for fecal incontinence. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.44, n.1, p.131-142, discussion 142-144, 2001.

WIGGERS, T. et. al. The circumferential margin in rectal cancer. Recommendations based on the Dutch Total Mesorectal Excision Study. **The European Journal of Cancer**, v. 38(7), p. 973-976, 2002.

WILCOX, R.T.; TRAVERSO, L.W. Have the evaluation and treatment of acute appendicitis changed with new technology? **The Surgical Clinics of North America**, v.77, n.6, p.1355-1370, 1997.

WILSON, M. S. Objective comparison of stapled anopexy and open hemorrhoidectomy: a randomized, controlled trial. **Diseases of the Colon and Rectum**, v.45(11), p.1437-1444, 2002.

WIRTZFELD, D.A. et al. Disseminated peritoneal adenomucinosis: a critical review. **Annals of Surgical Oncology**, v.6, n.8, p.797-801, 1999.

WOLFF, B.G. Factors determining recurrence following surgery for Crohn's disease. **World Journal of Surgery**, v.22, n.4, p.364-369, 1998.

WOLLINA, U. et. al. Botulinum toxin A in anal fissures: a modified technique. **Journal of The European Academy of Dermatology Venereologic**, v.16(5), p. 469-471., 2001.

WURZER, H. et al. Hormonal therapy in chronic radiation colitis. **The American Journal of Gastroenterology**, v.93, n.12, p.2536-2538, 1998.

YAMAMOTO, M. et al. Perforated diverticulum of the transverse colon. **The American Journal of Gastroenterology**, v.92, n.9, p.1567-1569, 1997.

YAMAMOTO, T. KEIGHLEY, M.R. Smoking and disease recurrence after operation for Crohn's disease. **The British Journal of Surgery**, v.87, n.4, p.398-404, 2000.

YANTISS, R.K. et al. Gastrointestinal stromal tumor versus intra-abdominal fibromatosis of the bowel wall: a clinically important differential diagnosis. **American Journal of Surgical Pathologies**, v.24, n.7, p.947-957, 2000.

YASSIN, S. F. et al. Clostridium difficile-associated diarrhea and colitis. **Mayo Clinic Procedures**, v.76, n.7, p.725-730, 2001.

YING, L.T. et al. Primary adenocarcinoma in an enterocutaneous fistula associated with Crohn's disease. **Canadian Journal of Gastroenterology**, v.12, n.4, p.265-269, 2000.

YOSHIMURA, K. et al. Radiation enteritis: a rare complication of the transverse colon in uterine cancer. **International Medicine**, v.39, n.12, p.1060-1063, 2000.

ZBAR, A. P. et. al. Perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure): a review of physiology, technique and outcome. **Technique in Coloproctology**, v. 6(2), p.109-116, 2002.

ZURKIRCHEN, M.A.; LEUTENEGGER, A. Submucous lipoma of the colon - report of 2 cases. **Swiss Surgery**, v.4, n.3, p.156-157, 1998.

APÊNDICE 1- BASE TEÓRICA DE DADOS EM DOENÇAS COLOPROCTOLÓGICAS²

1 QUADRO CLÍNICO EM PROCTOLOGIA

2 Idade do paciente no diagnóstico (anos)

2 Tempo de início do quadro clínico

3 Horas

3 Dias

3 Semanas

3 Meses

3 Anos

3Indeterminado

2 Sinais e Sintomas em Proctologia

3História de Trauma

4 Ato sexual com coito anal

4 Trauma contuso

5 acidente automobilístico

5 queda de nível

5 prensagem

5 explosão

5 Outros (indefinido)

4 Trauma penetrante

5 Arma branca

5 Arma de fogo

4Ferimentos por empalação

5 ferimentos por agressões sexuais

6 Coito

6 Madeira

6 Metal

6 Plástico

6 Vegetais

6 Vidro

5 ferimento acidental

6 Madeira

6 Metal

6 Plástico

6 Vegetais

6 Vidro

5 Outros (indefinido)

4 latrogênese

5 Parto normal

5 Retossigmoidoscopia

5 Cólonoscopia

5Cirurgia abdominal

6 Parto cesariana

6 Cirurgia ginecológica

6 Cirurgia geral

6 Cirurgia proctológica

6 Cirurgia urológica

6 Cirurgia vascular

6 Cirurgia ortopédica

5 Cirurgia perineal

6 Ginecológica

6 Proctológica

6 Urológica

5 Enteroclistma

5 Paracentese

5 Catéter ventrículo-peritoneal

4 Queimadura

4 Tempo de evolução

5 Até 6 horas

5 De 6 a 12 horas

5 De 12 a 24 horas

5 De 24 a 36 horas

5 De 36 a 48 horas

5 Mais que 48 horas

3 Sintomas e Sinais Abdominais

4 Dor Abdominal

5 Inespecífica

5 Em cólica

5 A palpação

6 Superficial

6 Profunda

6 Sinais de Peritonite

5 Localizada

6 Fossa Iliaca Esquerda

6 Fossa Iliaca Direita

7 Sinal de Blumberg

6 Hipogastro

6 Peri-umbilical

6 Hipocôndrio Direito

6 Hipocôndrio Esquerdo

6 Epigastro

5 Difusa

4 Desconforto abdominal

5 Abdominal

5 Anorretal

4 Parada de eliminação de gases / fezes

5 Sem repercussão abdominal

5 Distensão Abdominal

5 Meteorismo / Ruidos hidroaérios aumentados

5 Ruidos hidroaérios diminuídos

5 Rolamento abdominais

4 Nausea

4 Vômitos

5 Inespecífico

5 Alimentar

5 Bilioso

5Fecaloide

4 Plenitude

4 Distensão abdominal

4 Flatulência

4 Borborigmo

4 Sinais de trauma abdominal

5 Contuso

6 Hematomas, equimose,...

6 Outros

5 Penetrante

6 Ferimento de arma branca

6 ferimento de arma de fogo

4 Abdome Globoso

4 Abdome Escafoide/escavado

4 Abdome Timpânico

4 Abdome Assimétrico

4 Rigidez abdominal

4 Massa Abdominal palpável / visível

5 Local indeterminado / não descrito

5 Fossa iliaca esquerda

5 Fossa iliaca direita

5 Hipogastro

5 Flanco esquerdo

5 Flanco direito

5 Mesogastro

5 Epigastro

5 Hipocôndrio esquerdo

5 Hipocôndrio direito

4 Hepatomegalia

4 Ascite

4 Estomas / Fistulas Mucosas Abdominais

5 Locais indeterminados / não descrito

5 Quadrante inferior esquerdo

5 Quadrante inferior direito

5 Quadrante superior esquerdo

5 Quadrante superior direito

5 Ao nível da cicatriz cirúrgica

4 Cicatrizes abdominais

5 Abdome Superior

5 Abdome Inferior

5 Abdome Superior e Inferior

4 Identificação cólon na inspeção da parede abdominal

4 Sensação ou ausculta do despegamento entre cólon e fecaloma

3 Alteração de Hábitos Intestinais

4 Constipação Intestinal Crônica

4 Disenteria / Diarréia / Esteatorrêia

4 Obstipação Intestinal

4 Hábito Intestinal Normal / Disenteria

4 Obstipação / Disenteria

4 Hábito Intestinal Normal / Obstipação

3 Alteração da Matéria Fecal

4 Fezes Líquidas

4 Fezes Semi-líquidas

4 Fezes Pastosas

4 Fezes Ressecadas

5 Inespecíficas

5 Calibrosas

² Base de dados descrita no tópico 3.1 referente aos itens inseridos no protocolo mestre. Itens contidos no protocolo específico câncer colorretal estão em letras azuis. Apresenta-se aqui forma de texto de duas colunas configuradas pelo Word®. Letra tamanho 6.

- 5 Em Fecalitos
 - 5 Fragmentadas
 - 5 Em Fitas
 - 5 Em Cíbalos
- 3 Anormalidades e secreções nas Fezes
 - 4 Sangue/enterorragia/melena
 - 5 Sangue oculto nas fezes
 - 5 Melena
 - 5 Coagulado nas Fezes
 - 5 Sangue Vermelho Vivo
 - 6 Inespecífico
 - 6 Em estrias
 - 6 Em gotas
 - 6 Esborrifado
 - 6 Em jato
 - 4 Muco
 - 4 Dor Anal
 - 5 Inespecífica
 - 5 À Contração Anal
 - 5 Em Queimação / Ardência
 - 5 Latejante
 - 5 Em Fincadas
 - 4 Prurido anal
 - 4 Massa Perianal
 - 5 Inespecífica
 - 5 Mamilo perianal
 - 5 Tumor perianal
 - 5 Verruga perianal
 - 5 Abscesso perianal
 - 5 Orifício perianal
 - 4 Tumor Anal Exteriorizado
 - 4 Sensação Anal
 - 5 Plenitude Retal
 - 5 Corpo Estranho no Reto
 - 5 Imperiosa de Evacuar
 - 4 Secreção Anômala em Roupas Íntimas
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
 - 5 Fezes
 - 4 Proctalgia Fulgaz
 - 4 Coito Anal
 - 4 Empalação
 - 4 Corpo Estranho no Reto
 - 4 Trauma Anorretoperineal
 - 5 Penterante
 - 6 Arma branca
 - 6 Arma de fogo
 - 5 Contuso
 - 6 Acidente automobilístico
 - 6 Queda de nível
 - 6 Agressão física
 - 6 Explosão
 - 6 Outros
 - 5 Ferimentos por agressões sexuais
 - 5 Queimadura
- 3 Sintomas ao Ato Defecatório
 - 4 Dificuldade ao Ato Defecatório
 - 5 Inespecífica
 - 5 Sensação anal
 - 6 Evacuação incompleta
 - 6 Direcionamento errado das fezes
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Esquerda
 - 7 Direita
 - 5 Dor Anal ao Ato defecatório
 - 6 Inespecífica
 - 6 Em queimação
 - 4 Puxo
 - 4 Tenesmo
 - 4 Exteriorização de massa ao Ato Defecatório
 - 5 Redução Espontânea
 - 5 Redução Manual
 - 5 Não redutível
 - 4 Impactação fecal
 - 4 Urg-encia evacuatória
 - 4 Secreção Anômala no Papel Higiênico
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
- 3 Incontinência Anal
 - 4 Intensidade indeterminada
 - 4 Soiling
 - 4 para gases
 - 4 para fezes líquidas
 - 4 parcial para fezes normais
 - 4 total para fezes normais
 - 4 Incontinência Permanente
 - 4 Incontinência Temporária
 - 5 Temporária inespecífica
 - 5 Temporária diurna
 - 5 Temporária noturna
- 4 Pus
- 4 Fezes acólicas
- 4 Restos Alimentares
 - 5 Inespecífico
 - 5 Celulose
 - 5 Gordura
 - 6 Inespecífica
 - 6 Neutra
 - 6 Alcalina
 - 5 Fibras
- 4 Elementos Parasitários
 - 5 Não identificado
 - 5 Oxiúrus
 - 5 Áscaris
 - 5 Tênia
- 3 Sintomas Anais Locais
 - 5 Associada a circunstâncias determinadas
 - 5 Associada a incontinência urinária
- 3 Critérios Específicos
 - 4 Critérios de Roma
 - 4 Critérios de Manning
- 3 Alteração do Estado Geral
 - 4 Astenia / fraqueza
 - 4 Anorexia / Hiporexia
 - 4 Perda de Peso Corporal
 - 5 Período
 - 6 Últimos 15 dias
 - 6 Há 6 meses
 - 6 Há 1 ano
 - 6 Há 2 anos
 - 6 Maior que 2 anos
 - 5 Quantidade
 - 6 Indeterminada
 - 6 Menor que 10% do peso usual
 - 6 10% - 30% do peso usual
 - 6 Maior que 30% do peso usual
- 4 Desnutrição
- 4 Caquexia
- 4 Anemia / palidez
- 4 Febre
- 4 Icterícia
- 4 Alopecia
- 4 Alteração do estado neuropsicogênico
 - 5 Inespecífica
 - 5 Ansiedade
 - 5 Depressão
 - 5 Hipodinamia
 - 5 Confusão mental
 - 5 Comatoso
- 4 Retardo do crescimento
- 4 Edemas Periféricos
- 4 Anasarca
- 4 Taquicardia
- 4 Taquipneia
- 4 Desidratação
- 4 Hipotensão
- 4 Hipercapnia
- 4 Alteração dos Equilíbrios Ácido-Básico e Hidroele
- 4 Sepsis/toxemia
- 3 Outros Sintomas / Sinais Relacionados
 - 4 Sede
 - 4 halitose
 - 4 Sangue em sonda nasogástrica
 - 4 Alterações genito-urinárias
 - 5 Disúria
 - 5 Piúria
 - 5 Hematúria
 - 5 Leucorréia / corrimento
 - 5 Pneumatúria / fecalúria
 - 5 Flatus / fezes via vaginal
 - 5 Lesão em mucosa vaginal
 - 4 Cefaléia
 - 4 Escotomas
 - 4 Diplopias
 - 4 Lipotímea/vertigem
 - 4 Zumbido
 - 4 Acne facial
 - 4 Baqueteamento digital
 - 4 Mialgias
 - 4 Dores articulares
 - 5 Inespecífica
 - 5 Cintura Escapular
 - 5 Cintura Pélvica
 - 5 Coluna Lombar
- 4 Fratura
 - 5 Bacia
 - 5 Costela
 - 5 Membros
- 4 Distrofia muscular
- 4 Linfadenopatia
 - 5 Inguinais
 - 5 Axilares
 - 5 Cervicais

- 5 Subclavicular
 - 5 Outros locais
 - 3 Assintomático
 - 2 Fatores de Risco / História Mórbida Progressiva
 - 3 Fatores de Risco
 - 4 História de contato com " bicho barbeiro" ou zona endêmica
 - 4 Dieta pobre em fibras / rica em amido
 - 4 Dieta pronunciada de carnes
 - 4 Gravidez
 - 4 Tabagismo
 - 4 Alcoolismo
 - 4 Sedentarismo
 - 4 Esforço Físico Repetitivo
 - 4 Supressão voluntária da vontade de evacuar
 - 4 Enterocolismo
 - 4 História de antibioticoterapia
 - 4 Medicação de uso contínuo
 - 5 Corticoesteróides
 - 5 Sacarina / ciclamato
 - 5 Estrogênio / Anticoncepcionais hormonais
 - 5 Anti-ácido / AIOH
 - 5 Bloqueador H2
 - 5 AINH
 - 5 Diuréticos
 - 5 Anti-hipertensivos
 - 5 Antidepressivo
 - 5 Anticolinérgicos
 - 5 Antiepilépticos
 - 5 Compostos de cálcio e alumínio
 - 5 Dopamina
 - 5 Ferro e/ou bismuto
 - 5 Opióides
 - 4 Droga adição
 - 5 Indefinida
 - 5 Cocaína
 - 4 Doença mental
 - 4 Homossexualismo
 - 4 Má higiene
 - 3 Doenças Associadas / Antecedentes Mórbitos Pessoais
 - 4 Doença de Chagas
 - 4 Doenças Coloproctológicas
 - 5 Apendicite Aguda
 - 5 Doença hemorroidária
 - 5 Abscesso / Fistula perianal
 - 5 Condiloma Acuminado
 - 5 Prolapso/intussuscepção retal
 - 5 Megacólon chagásico / Hirschsprung
 - 6 Sem Complicação
 - 6 Volvo
 - 6 Fecaloma
 - 5 Doença Diverticular / Diverticulite
 - 5 Trauma Anorretal
 - 6 Corpo estranho
 - 5 Doenças Inflamatórias Intestinais
 - 6 Retocolite Ulcerativa Idiopática
 - 6 Doença de Crohn
 - 5 Colites/proctites específicas
 - 6 Colite infecciosa
 - 6 Colite isquêmica
 - 6 Colite por antibióticoterapia
 - 7 Penicilinas
 - 7 Cefalosporina
 - 7 Clindamicina
 - 6 Colite actínica
 - 6 Proctite actínica
 - 6 Proctite por supositório
 - 5 Malformação arterio-venosa do cólon
 - 6 Indeterminada
 - 6 Angiodisplasia
 - 6 Varizes cólicas
 - 5 Doenças Polipoides
 - 6 Polipose Adenomatosa Familiar
 - 6 Síndrome de Lynch I
 - 6 Polipose juvenil
 - 6 Síndrome de Turcot
 - 6 Síndrome de Gardner
 - 6 Síndrome de Cronkhite-Canadá
 - 6 Síndrome de Peutz-Jeghers
 - 6 Adenomas
 - 7 Indefinido
 - 7 Tubular
 - 7 Tubulo-vioso
 - 7 Viloso
 - 5 Neoplasia Coloproctológicas
 - 4 Cirurgias e procedimentos Coloproctológicos
 - 5 Colectomia direita
 - 5 Colectomia esquerda
 - 5 Colectomia total
 - 5 Proctocolectomia
 - 5 Anastomoses baixas (retais/anais)
 - 5 Hemorroidectomia
 - 5 Drenagem de abscesso perianal
 - 5 Fistulotomia / Fistulectomia
- 5 Esfincterotomia
- 5 Esficteroplastia
- 5 Dilatação anal
- 5 Cólonoscopia
- 5 Enterocolismo
- 4 Cardiovascular
 - 5 Hipertensão arterial
 - 5 Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
 - 5 Arritmias cardíacas
 - 5 Miocardiopatia
 - 5 Prótese valvares / endocardite
 - 5 Insuficiência valva aórtica
 - 5 Estenose aórtica
 - 5 Aneurisma aorta torácica/abdominal
 - 5 Pericardite
 - 5 Aterosclerose
 - 5 Trombose arterial periférica
 - 5 Trombose venosa profunda
 - 5 Arterite
 - 5 Tromboembolismo da artéria pulmonar (TEP)
 - 5 Vasculite necrosante
 - 5 Hemangiomas congênitos
 - 5 Pseudoaneurisma de artéria esplênica
 - 5 Doença de Behçet
 - 5 Síndrome de Marfan
 - 5 Síndrome de Heyde
- 4 Pulmonar
 - 5 Tuberculose pulmonar
 - 5 DPOC/broncoespasmo/bronquiectasia/enfisema
 - 5 Pneumonia
 - 5 Empiema
 - 5 Fibrose pulmonar
 - 5 Pneumonia
 - 5 Trauma torácico
 - 5 Carcinoma pulmonar
- 4 Gastrointestinal
 - 5 Hérnias
 - 6 Inguinal
 - 7 Esquerda
 - 7 Direita
 - 7 Bilateral
 - 6 Hiatal
 - 6 Incisional
 - 6 Interna
 - 6 Morgagni
 - 6 Amyand
 - 5 Megaesôfago
 - 6 Grau I
 - 6 Grau II
 - 6 Grau III
 - 6 Grau IV
 - 6 Grau indeterminado
 - 5 Doença Ulcerosa Péptica
 - 5 Hipergastrinemia / Síndrome Zollinger -Ellison
 - 5 Lesão de Dieulafoy
 - 5 Doenças do Fígado e Vias biliares
 - 6 Colelitíase
 - 6 Colangite esclerosante
 - 6 Esteatose hepática
 - 6 Esquistossomose
 - 6 Hepatite crônica ativa
 - 7 HVC
 - 7 HVB
 - 7 Alcoolica
 - 7 Auto-imune
 - 7 Causa desconhecida
 - 6 Cirrose hepática
 - 6 Cirrose biliar
 - 6 Hipertensão portal
 - 6 Abscesso hepático
 - 6 Carcinoma de ductos biliares
 - 6 Granuloma hepático
 - 6 Pericolangite
 - 6 Síndrome de Budd-Chiari
 - 6 Trombose de veia porta
 - 6 Punção hepática transparietal
- 5 Divertículo de Meckel
- 5 Intussuscepção intestinal
- 5 Lavagem peritoneal
- 5 Biópsia hepática percutânea
- 5 Neoplasias do trato gastrointestinal
 - 6 Carcinoma retal/cólon
 - 6 Linfomas intestinais
 - 6 Pseudomixoma peritoneal
 - 6 Síndrome carcinóide
 - 6 Linfoma MALT
- 5 Cirurgia abdominal prévia
 - 6 Colectistomia
 - 7 Laparotomia
 - 7 Laparoscopia
 - 6 Gastrectomia
 - 7 Sub-total
 - 7 Total

- 7 Vagotomia
 - 6 Laparotomia Exploradora
 - 7 Causa indefinida
 - 7 Trauma
 - 8 Contuso
 - 8 Penetrante
 - 9 Arma branca
 - 9 Arma de fogo
 - 7 Obstrução intestinal
 - 8 Aderências/bridas
 - 8 Bezoar
 - 9 Tricobezoar
 - 9 Fitobezoar
 - 7 Divertículo de Meckel
 - 4 Endocrinológico/metabólico
 - 5 Diabetes Melitus
 - 5 Alteração tireoidiana
 - 6 Tireoidites
 - 6 Bócio
 - 6 Hipotireoidismo
 - 5 Feocromocitoma
 - 5 Glucagonoma
 - 5 Atraso do desenvolvimento sexual
 - 5 Alterações gonadais
 - 5 Amiloidose
 - 5 Acromegalia
 - 5 Hipercalcemia
 - 5 Hipofosfatemia
 - 5 Hipopotassemia
 - 5 Porfria
 - 4 Ginecológico/obstétrico
 - 5 Parto Normal
 - 5 Vulvovaginite
 - 5 Endometriose
 - 5 Dispareunia
 - 5 Carcinoma de mama
 - 5 Carcinoma uterino
 - 5 Miomatose uterina
 - 5 Fistula vaginal
 - 5 Cirurgias ginecológicas
 - 6 Via abdominal
 - 6 Via perineal
 - 4 Vias Urinárias / nefrologia
 - 5 Insuficiência renal crônica / uremia
 - 5 Pielonefrite
 - 5 Glomerulonefrite
 - 5 Cálculos renais
 - 5 Hidronefrose
 - 5 Fistula vesical
 - 5 Cistite actínica
 - 5 Obstrução ureteral
 - 5 História de tratamento dialítico peritoneal
 - 5 Cirurgia com ureterossigmoidostomia
 - 5 HPB
 - 5 Neoplasia
 - 6 Renal
 - 6 Bexiga
 - 6 Próstata
 - 4 Hematológico
 - 5 Anemia
 - 6 Inespecífica
 - 6 Anemia ferropriva
 - 6 Anemia macrocítica/megaloblastica
 - 6 Anemia hemolítica
 - 5 Policitemia vera
 - 5 Linfoma
 - 6 Linfoma de Hodgkin
 - 6 Linfoma não-Hodgkin
 - 5 Leucemia
 - 5 Púrpura trombocitopênica idiopática
 - 5 Estados de hipercoagulabilidade / trombofilia
 - 5 Plaquetose
 - 4 Reumatológico
 - 5 Doenças reumatóide
 - 5 Lupus eritematoso sistêmico
 - 5 Esclerodermia
 - 6 Síndrome CREST
 - 4 Dermatológico
 - 5 Eritema nodoso
 - 5 Eritema multiforme
 - 5 Líquen plano
 - 5 Pelagra
 - 5 Pioderma gangrenoso
 - 5 Úlcera aftosa
 - 5 Vasculite cutânea
 - 5 Pioestomatite vegetante
 - 5 Neurofibromatose - doença de Von Recklinghausen
 - 5 Síndrome do nevus celular azul
 - 5 Hemangiomas cutâneos
 - 4 Oftalmológico
 - 5 Catarata
 - 5 Conjuntivite
 - 5 Retinopatia
 - 5 Úlcera de córnea
 - 5 Uveíte
 - 5 Irite
 - 5 Pseudotumor orbital
 - 5 Episclerite
 - 5 Iridociclite
 - 4 Osteo-articular
 - 5 Artrite
 - 5 Sinovite / tenossinovite
 - 5 Osteo-condrite
 - 5 Osteomielite
 - 5 Espondilite anquilosante
 - 4 Psiquiátricos
 - 5 Neurose/Psicose
 - 5 Depressão
 - 5 Esquizofrenia
 - 5 Ignorado
 - 4 Neurológico
 - 5 Meningite
 - 5 Poliomielite
 - 5 Paralisia cerebral
 - 5 Demência
 - 5 Parkinson
 - 5 Traumatismo cranioencefálico
 - 5 Acidente vascular cerebral
 - 5 Traumatismo raqui-medular
 - 5 Esclerose múltipla
 - 5 Meningocele
 - 5 Ganglioneuromatose
 - 5 Neuropatia autônoma
 - 5 Síndrome da cauda equina
 - 5 Tabes dorsalis
 - 5 Síndrome de Down
 - 5 Catéter ventrículo-peritoneal
 - 4 Infectologia
 - 5 HIV / AIDS
 - 5 Sífilis
 - 5 Gonorréia
 - 5 Tuberculose extra-pulmonar
 - 4 Toxicologia
 - 5 Intoxicação metálica
 - 6 Arsênico
 - 6 Chumbo
 - 6 Mercúrio
 - 4 Quimioterapia
 - 4 Radioterapia Pélvico-abdominal
 - 5 Quantidade indeterminada
 - 5 Até 45 Gy
 - 5 De 45 a 55 Gy
 - 5 Maior que 55 Gy
 - 4 Transplante de órgão
 - 5 Renal
 - 5 Hepático
 - 5 Cardíaco
 - 5 Pancreático
 - 5 Medula Óssea
 - 3 Antecedentes Mórbidos Familiares
 - 4 Diabetes Melitus
 - 4 Doença Hemorroidária
 - 4 Neoplasia Colorretal
 - 5 Acometimento de 1 familiar de primeiro grau
 - 5 3 familiares acometidos
 - 5 Acometimento de 2 gerações consecutivas
 - 5 Familiar acometido com menos que 50 anos
 - 4 Neoplasia do trato gastrointestinal
 - 4 Outra neoplasia
- 1 EXAME FÍSICO E ENDOSCÓPICO PROCTOLÓGICOS**
- 2 Inspeção Anal e Perianal
 - 3 Inspeção Anal Normal
 - 3 Inspeção Anal Alterada
 - 4 Sinais de prurido anal, ardência ou queimação anal
 - 4 Desvio Lateral da Fenda Anal
 - 5 Para Direita
 - 5 Para Esquerda
 - 4 Cicatriz perianal
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Fissuras Anal
 - 5 Não descrita
 - 5 Fissura Aguda
 - 5 Fissura Crônica
 - 5 Associada a plicoma
 - 5 Associada a papila hipertrofica
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)

- 6 Posterior
- 6 Anterior
- 6 Lateral Direita
- 6 Lateral Esquerda
- 6 Antero-lateral Direita
- 6 Postero-lateral Direita
- 6 Antero-lateral Esquerda
- 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Plicoma
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Dermatopatias (dermatites perianais)
 - 5 Dermatite inespecífica / não descrita
 - 5 Hidradenite supurativa perineal
 - 5 Eritema
 - 5 Eczema
 - 5 Erupções
 - 6 micro-erosivas
 - 6 pápulo-esbranquiçadas
 - 6 vermelho-violácea
 - 5 Lesões escamativas
 - 5 Exulção
 - 5 Fissuras / ragádias perianais
 - 5 Espessamento da pele / acentuação de sulcos
 - 5 Maceração / escoriação
 - 5 Hiperpigmentação
 - 5 Manchas hipocrômicas
 - 5 Lesão esbranquiçada atrófica
 - 5 Placa liquenificada
 - 5 Hiperqueratinização / acantose
 - 5 Lesões vegetantes verrucosas
 - 5 Extensão para outras regiões
- 4 Cisto pilonidal
 - 5 Abscesso (forma aguda)
 - 5 Trajetos fistulosos (forma crônica)
 - 6 Condilomas Anais
 - 5 Gigante
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Hematoma Anal e Perianal
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 6 1 cm do bordo anal
 - 6 2 cm do bordo anal
 - 6 3 cm do bordo anal
 - 6 Mais que 3 cm do bordo anal
- 4 Orifícios Fistulosos
 - 5 Não descrito
 - 5 Único
 - 5 Múltiplos
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Infecções Dérmicas e/ou Sub-cutânea Fistulizantes
 - 5 Fase de celulite
 - 5 Flutuante
 - 5 Fistulizado
 - 5 Bordo anal (abscesso perianal)
 - 5 Região do glúteo (abscesso isquiorretal)
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
- 6 Anterior
- 6 Lateral Direita
- 6 Lateral Esquerda
- 6 Antero-lateral Direita
- 6 Postero-lateral Direita
- 6 Antero-lateral Esquerda
- 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Destruição Necrótica Perianal e/ou Perineal.
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Lacerações traumática perianais
 - 5 Com envolvimento esfinteriano
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Lesões com aspecto neoplásico
 - 5 Inespecífica
 - 5 Dérmica perianal
 - 5 Lesão Subcutânea
 - 5 Carcinomatosa infiltrativa / ulcerada
 - 6 Sem Localização
 - 6 Localizada(s)
 - 7 Posterior
 - 7 Anterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Postero-lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Lesão Tumoral Prolapsada
- 4 Mamilos Hemorroidários Externos
 - 5 Trombosados
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Hemorroidas Internas Prolapsadas
 - 5 Trombosadas
 - 5 Ulceradas
 - 5 Necrosadas
 - 5 Sem Localização
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Prolapso Mucoso Retal
- 4 Pólipos Prolapsados
- 4 Papilas Anais Hipertróficas Prolapsadas
- 4 Presença de Secreção
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Muco
 - 5 Pus
- 4 Biópsia anoderma / cutânea
 - 5 Excisional
 - 5 Incisional
- 2 Toque Retal
 - 3 Toque Retal Normal
 - 3 Toque Retal Alterado
 - 4 Dor ao Toque Retal
 - 5 Inespecífica
 - 5 Dor ao Toque do Canal Anal
 - 5 Dor ao Toque parietal do Reto
 - 5 Dor ao Toque do Fundo-de-saco pélvico
- 4 Tônus Anal
 - 5 Tônus Anal Aumentado

- 5 Tônus Anal Diminuído
- 4 Estenose Anal
 - 5 Pêrvio a uma Polpa Digital
 - 5 Não pêrvio a uma Polpa Digital
 - 5 1 grau
 - 5 2 grau
 - 5 3 grau
- 4 Falha de continuidade no esfíncter anal
 - 5 Não localizada
 - 5 Localizada(s)
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Pósterio-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 4 Lesão palpável no Canal Anal
 - 5 Não descrita
 - 5 Vegetante
 - 5 Sub-mucosa
 - 5 Concistência amolecida / flutuante
 - 5 Concistência fibro-elástica
 - 5 Concistência endurecida / pêntria
 - 5 Laceração do canal anal (trauma)
 - 5 Não localizada
 - 5 Posterior
 - 5 Anterior
 - 5 Lateral Direita
 - 5 Lateral Esquerda
 - 5 Antero-lateral Direita
 - 5 Postero-lateral Direita
 - 5 Antero-lateral Esquerda
 - 5 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Circunferencial
 - 5 1 cm do bordo anal
 - 5 2 cm do bordo anal
 - 5 3 cm do bordo anal
 - 5 4 cm do bordo anal
- 4 Estenose Retal
- 4 Lesão Palpável no Reto
 - 5 Não descrita
 - 5 Concistência amolecida / flutuante
 - 5 Concistência fibro-elástica
 - 5 Concistência endurecida / pêntria
 - 5 Lesão ulcerada
 - 5 Não localizada
 - 5 Posterior
 - 5 Anterior
 - 5 Lateral Direita
 - 5 Lateral Esquerda
 - 5 Antero-lateral Direita
 - 5 Postero-lateral Direita
 - 5 Antero-lateral Esquerda
 - 5 Postero-lateral Esquerda
 - 5 Circunferencial
 - 5 5 cm do bordo anal
 - 5 6 cm do bordo anal
 - 5 7 cm do bordo anal
 - 5 8 cm do bordo anal
 - 5 Mais que 8 cm do bordo anal
- 4 Fecaloma Retal
- 4 Corpo Estranho no Reto
 - 5 Bezoar
 - 6 Fitobezoar
 - 6 Tricobezoar
 - 5 Frutas/verduras
 - 5 Madeira
 - 5 Outro material orgânico
 - 5 Sintéticos
 - 6 Plásticos
 - 6 Objetos eróticos
 - 6 Balão intra-gástrico
 - 6 Stents
 - 6 Vidro
 - 5 Extração manual de corpo estranho
 - 6 Simples
 - 6 Extração com gesso de Paris
- 4 Dilatação da Ampola Retal
- 4 Tumorações Extrínsecas Retais
 - 5 Posterior
 - 5 Anterior
 - 5 Lateral Direita
 - 5 Lateral Esquerda
 - 5 Antero-lateral Direita
 - 5 Postero-lateral Direita
 - 5 Antero-lateral Esquerda
 - 5 Postero-lateral Esquerda
- 4 Aumento do Espaço Retrorretal pré-sacral
- 4 Anormalidades no Fundo-de saco peritoneal
- 4 Anormalidades no Septo Vaginal

- 4 Secreções no dedo da luva
 - 5 Fezes
 - 5 Sangue
 - 5 Restos Alimentares
 - 5 Muco
 - 5 Pus
- 2 Anuscopia
 - 3 Anuscopia Normal
 - 3 Anuscopia Alterada
 - 4 Estenose Anal
 - 5 Com lesão de mucosa
 - 5 Sem lesão de mucosa
 - 4 Alteração do Calibre do Canal Anal
 - 5 Calibre aumentado
 - 5 Calibre diminuído
 - 4 Mamilo Hemorroidário
 - 5 Mamilo interno
 - 6 1º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 2º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 3º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 4º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
- 5 Mamilo externo
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Pósterio-lateral Direita
 - 6 Anterior
 - 6 Posterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
- 5 Mamilo misto
 - 6 1º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 2º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 3º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita
 - 7 Pósterio-lateral Direita
 - 7 Anterior
 - 7 Posterior
 - 7 Lateral Direita
 - 7 Antero-lateral Esquerda
 - 7 Postero-lateral Esquerda
 - 6 4º grau
 - 7 Lateral Esquerda
 - 7 Antero-lateral Direita

	7 Pótero-lateral Direita	6 4 cm do bordo anal
	7 Anterior	6 5 cm do bordo anal
	7 Posterior	6 6 cm do bordo anal
	7 Lateral Direita	6 7 cm do bordo anal
	7 Antero-lateral Esquerda	6 8 cm do bordo anal
	7 Postero-lateral Esquerda	6 9 cm do bordo anal
4 Papilas Anais com Aumento de Volume		6 10 cm do bordo anal
5 Com Aspecto Inflamatório Agudo		6 11 cm do bordo anal
5 Com Aspecto Inflamatório Crônico		6 12 cm do bordo anal
	6 Posterior	6 13 cm do bordo anal
	6 Anterior	6 14 cm do bordo anal
	6 Lateral Direita	6 15 cm do bordo anal
	6 Lateral Esquerda	6 Circunferencial
	6 Antero-lateral Direita	6 Posterior
	6 Postero-lateral Direita	6 Anterior
	6 Antero-lateral Esquerda	6 Lateral Direita
	6 Postero-lateral Esquerda	6 Lateral Esquerda
4 Cripitite anal		6 Antero-lateral Direita
5 Com saída de material purulento		6 Postero-lateral Direita
5 Erosada / fendida		6 Antero-lateral Esquerda
5 Localização não descrita		6 Postero-lateral Esquerda
5 Posterior		5 Úlcera retal solitária
5 Anterior		6 Localização não especificada
5 Lateral Direita		6 Mucosa retal anterior
5 Lateral Esquerda		6 Mucosa retal posterior
5 Antero-lateral Direita		6 Circunferencial
5 Postero-lateral Direita		
5 Antero-lateral Esquerda		4 Invaginação
5 Postero-lateral Esquerda		5 Inespecífica
4 Tumorações Anais		5 Mucosa
5 Envolvendo a linha pectínea		6 Circunferencial
5 Acima da linha pectínea		6 Anterior
5 Com Participação da Mucosa		5 Mural ou Total
5 Sem Comprometimento da Mucosa		6 Circunferencial
5 Menor que 2 cm		6 Anterior
5 de 2 a 4 cm		4 Fecaloma retal
5 Maior que 4 cm		4 Corpo Estranho no reto
5 Comprometimento esfinteriano		5 Bezoar
5 Localização não descrita		5 Frutas/verduras
5 Posterior		5 Madeira
5 Anterior		5 Outro material orgânico
5 Lateral Direita		5 Sintéticos
5 Lateral Esquerda		6 Plásticos
5 Antero-lateral Direita		6 Objetos eróticos
5 Postero-lateral Direita		6 Balão intra-gástrico
5 Antero-lateral Esquerda		6 Stents
5 Postero-lateral Esquerda		6 Vidro
4 Aumento do Calibre Retal		4 Laceração da parede retal
4 Estenose Retal		5 Baixa
5 Com lesão de mucosa		5 Alta
5 Sem lesão de mucosa		4 Compressão Extrínseca Retal
4 Alteração da Mucosa Retal		5 Localização não especificada
5 Mucosa com aspecto de Doença Inflamatória Retal		5 Circunferencial
6 Lesões não especificadas		5 Posterior
6 Lesões Contínuas		5 Anterior
6 Lesões Descontínuas		5 Lateral Direita
6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável		5 Lateral Esquerda
6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)		5 Antero-lateral Direita
6 Maior intensidade distal		5 Postero-lateral Direita
6 Maior intensidade proximal		5 Antero-lateral Esquerda
5 Pólipo retal		5 Postero-lateral Esquerda
6 Único		4 Dor importante ao Exame
6 Múltiplos		4 Secreções Anômalas
6 Polipose		5 Fezes
6 Pediculado		5 Sangue
6 Sésil		5 Muco
6 Menor que 0,5 cm		5 Pus
6 de 0,6 a 1 cm		5 Restos Alimentares
6 de 1,1 a 3 cm		3 Biópsia na anuscopia
6 De 3,1 a 5 cm		4 Mucosa
6 Maior que 5 cm		4 Tumores
6 Não localizado/ não descrito		3 Colheita de Materiais
6 3 cm do bordo anal		4 Secreções de mucosa e/ou de úlceras anais e reta
6 4 cm do bordo anal		4 Raspado de mucosa e/ou ulcerações retais
6 5 cm do bordo anal		3 Anuscopia terapêutica
6 6 cm do bordo anal		4 Polipectomia
6 7 cm do bordo anal		4 Remoção de Corpo Estranho
6 8 cm do bordo anal		4 Remoção de Fecaloma
6 9 cm do bordo anal		4 Auxiliar em Cirurgias Anais
6 10 cm do bordo anal		4 Passagem de endoprótese
6 11 cm do bordo anal		2 Retossigmoidoscopia
6 12 cm do bordo anal		3 Retossigmoidoscopia Normal
6 13 cm do bordo anal		3 Retossigmoidoscopia Alterada
6 14 cm do bordo anal		4 Aumento do Calibre Retal
6 15 cm do bordo anal		4 Aumento do Calibre do Sigmóide
5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia		4 Estenose Retal
6 Tamanho não descrito		5 Com lesão de mucosa
6 Menor que 3 cm		5 Sem lesão de mucosa
6 de 3 a 5 cm		4 Estenose em Sigmóide
6 de 5 a 8 cm		5 Com lesão de mucosa
6 Maior que 8 cm		5 Sem lesão de mucosa
6 Localização não especificada		4 Pólipos
6 3 cm do bordo anal		5 Reto
		6 Único

6 Múltiplos	6 Circunferencial
6 Polipose	4 Alteração da Mucosa do sigmóide
6 Pediculado	5 Mucosa com aspecto de processo inflamatório
6 Sésil	6 Lesões inespecíficas
6 Menor que 0,5 cm	7 Edema
6 de 0,6 a 1 cm	7 Eritema
6 de 1,1 a 3 cm	7 Friabilidade
6 De 3,1 a 5 cm	7 Sangramento
6 Maior que 5 cm	7 Grangrenada
6 Não localizado/ não descrito	6 Lesões Contínuas
6 3 cm do bordo anal	6 Lesões Descontínuas
6 4 cm do bordo anal	6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
6 5 cm do bordo anal	6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
6 6 cm do bordo anal	6 Maior intensidade distal
6 7 cm do bordo anal	6 Maior intensidade proximal
6 8 cm do bordo anal	5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia
6 9 cm do bordo anal	6 Tamanho não descrito
6 10 cm do bordo anal	6 Menor que 3 cm
6 11 cm do bordo anal	6 de 3 a 5 cm
6 12 cm do bordo anal	6 de 5 a 8 cm
6 13 cm do bordo anal	6 Maior que 8 cm
6 14 cm do bordo anal	6 Localização não especificada
6 15 cm do bordo anal	6 16 cm do bordo anal
5 Sigmóide	6 17 cm do bordo anal
6 Único	6 18 cm do bordo anal
6 Múltiplos	6 19 cm do bordo anal
6 Polipose	6 20 cm do bordo anal
6 Pediculado	6 21 cm do bordo anal
6 Sésil	6 22 cm do bordo anal
6 Menor que 0,5 cm	6 23 cm do bordo anal
6 de 0,6 a 1 cm	6 24 cm do bordo anal
6 de 1,1 a 3 cm	6 25 cm do bordo anal
6 De 3,1 a 5 cm	6 > 25 cm do bordo anal
6 Maior que 5 cm	4 Vasos dilatados em submucosa
6 Não localizado/ não descrito	5 Reto
6 16 cm do bordo anal	5 Sigmóide
6 17 cm do bordo anal	4 Orifício Fistuloso
6 18 cm do bordo anal	5 Reto
6 19 cm do bordo anal	6 Localização não especificada
6 20 cm do bordo anal	6 3 cm do bordo anal
6 21 cm do bordo anal	6 4 cm do bordo anal
6 22 cm do bordo anal	6 5 cm do bordo anal
6 23 cm do bordo anal	6 6 cm do bordo anal
6 24 cm do bordo anal	6 7 cm do bordo anal
6 25 cm do bordo anal	6 8 cm do bordo anal
6 > 25 cm do bordo anal	6 9 cm do bordo anal
5 Não localizado	6 10 cm do bordo anal
4 Alteração da Mucosa Retal	6 11 cm do bordo anal
5 Mucosa com aspecto de Doença Inflamatória Retal	6 12 cm do bordo anal
6 Lesões inespecíficas	6 13 cm do bordo anal
7 Edema	6 14 cm do bordo anal
7 Eritema	6 15 cm do bordo anal
7 Friabilidade	6 Posterior
7 Mácula	6 Anterior
7 Sangramento	6 Lateral Direita
6 Lesões Superficiais sobre mucosa friável	6 Lateral Esquerda
6 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)	6 Antero-lateral Direita
6 Lesões Contínuas	6 Postero-lateral Direita
6 Lesões Descontínuas	6 Antero-lateral Esquerda
6 Maior intensidade distal	6 Postero-lateral Esquerda
6 Maior intensidade proximal	5 Sigmóide
5 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia	6 Localização não especificada
6 Menor que 3 cm	6 16 cm do bordo anal
6 de 3 a 5 cm	6 17 cm do bordo anal
6 de 5 a 8 cm	6 18 cm do bordo anal
6 Maior que 8 cm	6 19 cm do bordo anal
6 Localização não especificada	6 20 cm do bordo anal
6 3 cm do bordo anal	6 21 cm do bordo anal
6 4 cm do bordo anal	6 22 cm do bordo anal
6 5 cm do bordo anal	6 23 cm do bordo anal
6 6 cm do bordo anal	6 24 cm do bordo anal
6 7 cm do bordo anal	6 25 cm do bordo anal
6 8 cm do bordo anal	6 > 25 cm do bordo anal
6 9 cm do bordo anal	4 Divertículos em Sigmóide
6 10 cm do bordo anal	5 Com sangramento ativo
6 11 cm do bordo anal	4 Invaginação
6 12 cm do bordo anal	4 Fecaloma
6 13 cm do bordo anal	4 Volvo em sigmóide
6 14 cm do bordo anal	4 Corpo Estranho
6 15 cm do bordo anal	5 Reto
6 Circunferencial	6 Bezoar
6 Posterior	6 Frutas/verduras
6 Anterior	6 Madeira
6 Lateral Direita	6 Outro material orgânico
6 Lateral Esquerda	6 Sintéticos
6 Antero-lateral Direita	7 Plásticos
6 Postero-lateral Direita	7 Objetos eróticos
6 Antero-lateral Esquerda	7 Balão intra-gástrico
6 Postero-lateral Esquerda	7 Stents
5 Úlcera retal solitária	7 Vidro
6 Localização não especificada	5 Sigmóide
6 Mucosa retal anterior	6 Bezoar
6 Mucosa retal posterior	6 Frutas/verduras

6 Madeira	5 de 3,1 a 5 cm
6 Outro material orgânico	5 Maior que 5 cm
6 Sintéticos	5 Não localizado/ não descrito
7 Plásticos	5 Reto
7 Objetos eróticos	6 Não localizado/ não descrito
7 Balão intra-gástrico	6 3 cm do bordo anal
7 Stents	6 4 cm do bordo anal
7 Vidro	6 5 cm do bordo anal
4 Laceração da parede (trauma)	6 6 cm do bordo anal
5 Reto	6 7 cm do bordo anal
5 Sigmóide	6 8 cm do bordo anal
4 Compressão Extrínseca Retal	6 9 cm do bordo anal
5 Anterior	6 10 cm do bordo anal
5 Posterior	6 11 cm do bordo anal
5 Lateral direita	6 12 cm do bordo anal
5 Lateral esquerda	6 13 cm do bordo anal
4 Compressão Extrínseca em Sigmóide	6 14 cm do bordo anal
5 Localização não especificada	6 15 cm do bordo anal
5 16 cm do bordo anal	5 Sigmóide
5 17 cm do bordo anal	6 Não localizado/ não descrito
5 18 cm do bordo anal	6 16 cm do bordo anal
5 19 cm do bordo anal	6 17 cm do bordo anal
5 20 cm do bordo anal	6 18 cm do bordo anal
5 21 cm do bordo anal	6 19 cm do bordo anal
5 22 cm do bordo anal	6 20 cm do bordo anal
5 23 cm do bordo anal	6 21 cm do bordo anal
5 24 cm do bordo anal	6 22 cm do bordo anal
5 25 cm do bordo anal	6 23 cm do bordo anal
5 > 25 cm do bordo anal	6 24 cm do bordo anal
4 Lesões com aspecto de colite pseudomembranosa	6 25 cm do bordo anal
4 Secreções Anômalas	6 > 25 cm do bordo anal
5 Fezes	5 Cólon Descendente
5 Sangue	5 Ângulo Esplênico
5 Muco	5 Cólon Transverso
5 Pus	5 Ângulo Hepático
5 Restos Alimentares	5 Cólon Ascendente
4 Dor importante ao Exame	5 Ceco
3 Retossigmoidectomia Inconclusiva	4 Lesão de mucosa com aspecto de Neoplasia (tumorações)
4 Preparo Inadequado	5 Tamanho não descrito
5 Preparo não descrito	5 Menor que 3 cm
5 Dieta de baixo resíduo 48 horas antes do exame	5 de 3 a 5 cm
5 Dieta líquida abundante no dia do exame	5 de 5 a 8 cm
5 Hidratação	5 Maior que 8 cm
5 Laxativos	5 Estenosante
6 Não descrito	5 Localização não especificada
6 Ácido ricinolêico	5 3 cm do bordo anal
6 Fenoftaleínas	5 4 cm do bordo anal
6 Bisacodil	5 5 cm do bordo anal
6 Picossulfato de Sódio	5 6 cm do bordo anal
6 Sene	5 7 cm do bordo anal
6 Ruibarbo	5 8 cm do bordo anal
6 Cáscara Sagrada	5 9 cm do bordo anal
6 Aloé	5 10 cm do bordo anal
6 Frângula	5 11 cm do bordo anal
6 Sulfato de Magnésio	5 12 cm do bordo anal
6 Sulfato de Sódio	5 13 cm do bordo anal
6 Citrato de Magnésio	5 14 cm do bordo anal
6 Hidróxido de Magnésio	5 15 cm do bordo anal
5 Enteroclismas	5 16 cm do bordo anal
4 Dificuldades técnicas	5 17 cm do bordo anal
3 Biópsia na retossigmoidoscopia	5 18 cm do bordo anal
4 Mucosa	5 19 cm do bordo anal
4 Tumores	5 20 cm do bordo anal
3 Colheita de Materiais	5 21 cm do bordo anal
4 Secreções da mucosa e/ou de úlceras	5 22 cm do bordo anal
4 Raspado de mucosa e/ou de ulcerações	5 23 cm do bordo anal
3 Retossigmoidectomia Terapêutica	5 24 cm do bordo anal
4 Polipectomia	5 25 cm do bordo anal
4 Desfazer Volvo de Sigmóide	5 Reto (altura não descrita)
4 Remoção de Corpo Estranho	5 Sigmóide (altura não descrita)
4 Remoção de Fecaloma	5 Cólon Descendente
4 Intubação descompressiva	5 Ângulo Esplênico
4 Dilatação de estenoses	5 Cólon Transverso
4 Auxiliar em Cirurgias Anais	5 Ângulo Hepático
4 Passagem de endoprótese	5 Cólon Descendente
3 Complicação	5 Ceco
4 Perfuração	4 Lesões de mucosa com padrão de processo inflamatório
4 Sangramento	5 Não localizado / não descrita
4 Bacteremia	5 Reto
2 Cólonoscopia	5 Sigmóide
3 Cólonoscopia Normal	5 Cólon Ascendente
3 Cólonoscopia Alterada	5 Ângulo Esplênico
4 Alteração de Calibre e/ou Comprimento	5 Cólon Transverso
5 Megacólon	5 Ângulo Hepático
4 Pólipos	5 Cólon Descendente
5 Único	5 Ceco
5 Múltiplos	5 Lesões Contínuas
5 Polipose	5 Lesões Descontínuas
5 Pediculado	5 Lesões Superficiais sobre mucosa friável
5 Sésil	5 Lesões mais profundas (úlceras e fissuras)
5 Menor 0,5 cm	5 Maior intensidade distal
5 de 0,5 a 1 cm	5 Maior intensidade proximal
5 de 1,1 a 3 cm	5 Comprometimento de Íleo

4 Vasos dilatados em submucosa	4 Hemostasia
5 Não localizado	5 Eletrocauterização
5 Reto	5 Escleroterapia
5 Cólon esquerdo	6 Álcool
5 Cólon transverso	6 Cianoacrilato
5 Cólon direito	5 Ligadura com banda elástica
4 Sangramento na luz colônica	5 Sondas térmicas
5 Não localizado	4 Laserterapia
5 Reto	4 Auxiliar em Cirurgias Anais
5 Sigmóide	4 Passagem de endoprótese
5 Cólon Ascendente	3 Complicação na Colonoscopia
5 Ângulo Esplênico	4 Perfuração
5 Cólon Transverso	4 Sangramento
5 Ângulo Hepático	4 Abscesso Retroperitoneal
5 Cólon Descendente	4 Enfisema Retroperitoneal e Mediastinal
5 Ceco	4 Pneumotórax
5 Apêndice cecal	4 Pneumoescreto
4 Divertículos	4 Explosão
5 Sigmóide	4 Distensão Pós-colonoscopia
5 Cólon Ascendente	4 Síndrome da Coagulação Pós-polipectomia
5 Cólon Transverso	4 Obstrução Colônica
5 Cólon Descendente	4 Perda de Pólipo (durante o exame)
5 Ceco	4 Volvo
5 Com sangramento ativo	4 Bacteremia
4 Invaginação	4 Infecções
4 Volvo	4 Complicações Clínicas (pulmonares, cardíacas, rena
5 Sigmóide	2 Endoscopia digestiva alta (EDA)
5 Transverso	3 Normal
5 Ceco	3 Alterada
4 Corpo Estranho	4 Eritema mucoso difuso
5 Bezoar	4 Coágulo superfície mucosa
5 Frutas/verduras	4 Ulcerações da mucosa
5 Madeira	4 Vaso visível na superfície mucosa
5 Outro material orgânico	4 Sangramento ativo
5 Sintéticos	4 Pólipo gástrico
6 Plásticos	4 Pólipo duodenal
6 Objetos eróticos	
6 Balão intra-gástrico	2 Cistoscopia
6 Stents	3 Normal
6 Vidro	3 Fístula
4 Fecaloma	3 Compressão extrínscia
4 Compressão Extrínscia	3 Invasão tumoral
4 Lesões com aspecto de colite pseudomembranosa	1 EXAMES LABORATORIAIS E ESPECÍFICOS EM PROCOTLOGIA
4 Fístula (orifício)	2 Hemograma e Bioquímica
5 Reto	3 Hemograma Normal
5 Sigmóide	3 Hemograma Alterado
5 Cólon Ascendente	4 Anemia
5 Ângulo Esplênico	5 Inespecífica
5 Cólon Transverso	5 Normocítica
5 Ângulo Hepático	5 Microcítica
5 Cólon Descendente	5 Megaloblástica
5 Ceco	5 Normocrômica
5 Apêndice cecal	5 Hipocrômica
4 Secreções Anômalas	4 Alteração Leucocitária
5 Fezes	5 Leucocitose com neutrofilia
5 Sangue	5 Leucopenia
5 Muco	5 Eosinofilia
5 Pus	5 Plaquetopenia
5 Restos Alimentares	4 Alteração Plaquetária
5 Secreção purulenta vinda de coto apendicular	5 Plaquetopenia
4 Dor importante ao Exame	5 Aumento Palquetário
3 Colonoscopia Inconclusiva / incompleta	3 Bioquímica normal
4 Preparo Inadequado	3 Bioquímica Alterada
5 Preparo não descrito	4 Distúrbio hidroeletrólítico inespecífico
5 Manitol	4 Hipernatremia
5 Polietileno glicol (PEG)	4 Hiponatremia
5 Bisacodil (Ducolax)	4 Hipercalemia
5 Enterocisma	4 Hipocalemia
4 Dificuldades técnicas	4 Hiperiglicemia
5 Não Especificada	4 Hipoglicemia
5 Lesão baixa intransponível	4 Hipocalcemia
5 Problemas no Aparelho	4 Hipercalemia
5 Sedação Inadequada	4 Acidose respiratória
6 Não descrita	4 Acidose metabólica
6 Diazepam	4 Creatinina elevada
6 Midazolam	5 de 1,5 a 2,0 mg/dl
6 Meperidina	5 Maior que 2,0 mg/dl
6 Pentobarbital	4 Albumina baixa
6 Fentanil	5 Entre 3,0 e 3,5 mg/dl
3 Biópsia na colonoscopia	5 Menor que 3,0 mg/dl
4 Mucosa	4 VHS elevado
4 Tumores / lesões	4 TSH elevado
3 Colheita de Materiais	4 Hipovitaminose
4 Secreções da mucosa e/ou de úlceras	5 A
4 Raspado de mucosa e/ou de ulcerações	5 B2
3 Colonoscopia terapêutica	5 B6
4 Polipectomia	5 B12
4 Desfazer Volvo de Sigmóide	5 C
4 Descompressão na Pseudo-obstrução (Sind. de Ogilvi	5 D
4 Remoção de Corpo Estranho	5 E
4 Remoção de Fecaloma	5 K
4 Intubação descompressiva	4 Hipoibrinogenemia
4 Dilatação de Estenose	4 Interleucinas aumentadas
	5 IL-2

- 5 IL-6
- 5 IL-8
- 4 Proteinúria
- 4 Ácido 5-hidroindolacético urinário
 - 5 Normal
 - 5 Aumentado
- 4 Metais pesados
 - 5 Cobre sérico aumentado
 - 5 Zinco sérico aumentado
 - 5 Mercúrio sérico aumentado
- 2 Urina tipo I (EAS)**
 - 3 Normal
 - 3 Leucocitúria
 - 3 Hematúria
 - 3 Proteinúria
- 2 Provas de Função Hepática**
 - 3 Provas de Função Normais
 - 3 Provas de Função Hepática Alteradas
 - 4 Aminotransferases Elevadas
 - 4 Fosfatase Alcalina / gama-GT elevadas
 - 4 Bilirrubinas Elevadas
 - 5 Predomíniode Bilirrubina Direta
 - 5 Predomíniode Bilirrubina Indireta
 - 5 Inespecífica
 - 4 Coagulação Alterada (Tempo de Ativação da Protrombina e INR)
- 2 Marcadores Tumorais**
 - 3 CEA - Antígeno Carcinoembrionário
 - 4 Pré-operatório
 - 5 Outra dosagem pré-operatória
 - 5 Indeterminado
 - 4 Pós-operatório
 - 5 3 meses
 - 5 6 meses
 - 5 9 meses
 - 5 12 meses
 - 5 15 meses
 - 5 18 meses
 - 5 21 meses
 - 5 2 anos
 - 5 2,5 anos
 - 5 3 anos
 - 5 3,5 anos
 - 5 4 anos
 - 5 4,5 anos
 - 5 5 anos
 - 3 alfa-fetoproteína
 - 4 Normal
 - 4 Elevada
 - 3 SCC - Carcinoma de Células Escamosas
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 POA - Antígeno Pancreático Oncofetal
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 TPA - Antígeno polipeptídico tissular
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 CYFRA - Fragmento de citoqueratina
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 CA 19-9
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 CA 50
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 CA 242
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
 - 3 Ca 72-4
 - 4 Normal
 - 4 Elevado
- 2 Exame de Fezes**
 - 3 Sangue Oculto nas Fezes
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
 - 5 Inespecífico
 - 5 Globina
 - 5 Heme
 - 5 PDH
 - 3 Ensaio com Hemiporfirina
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
 - 3 Proctoparasitológico de Fezes
 - 4 Negativo
 - 5 Em 1 amostra
 - 5 Em 2 amostras
 - 5 Em 3 ou mais amostras
 - 4 Positivo
 - 5 Entamoeba histolytica (Amebíase)
 - 5 Giardia lamblia (Giardiase)
 - 5 Balantidium coli (Balantidiase)
 - 5 Isospora belli (Isosporíase)
- 5 Enterocytozoon bieunensi (Microsporídiase)
- 5 Septata intestinalis (Microsporídiase)
- 5 Cryptosporidium parvum (Cryptosporídiase)
- 5 Ascaris lumbricoides (Ascariíase)
- 5 Tricuris trichiura (Tricuriíase)
- 5 Enterobius vermicularis (Enterobiíase)
- 5 Ancylostoma duodenale (Ancilostomiíase)
- 5 Necator americanus (Ancilostomiíase)
- 5 Schistosoma mansoni (Esquistossomose)
- 5 Taenia sarginata (Teníase)
- 5 Taenia solium (Teníase)
- 5 Hymenolepis nana (Himenolepiíase)
- 5 Cyclospora cayetanensis
- 4 Método do exame parasitológico
- 3 Leucócitos Fecais
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Toxina A - Clostridium difficile
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Proteína Fecal
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 Gordura Fecal
 - 4 Negativo
 - 4 Positivo
- 3 alfa 1 anti-tripsina fecal
 - 4 Normal
 - 4 Aumentada
- 3 Cultura Fecal (Coprocultura)
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva (resultado na pasta Microbiologia)
- 2 Microbiologia em Proctologia**
 - 3 Hemocultura
 - 4 Hemocultura Negativa
 - 4 Hemocultura Positiva
 - 3 Bacterioscopia em Abscessos e Fistulas
 - 4 Negativa
 - 4 Cocos Gram-positivos
 - 4 Bacilos Gram-negativos
 - 4 Bacilos Gram-positivos
 - 4 Cocos Gram-negativos
 - 4 BAAR (Método de Ziehl-Neelsen)
 - 3 Cultura em Abscessos, Fistulas ou Lesões em Proctologia
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva
 - 3 Cultura Fecal (Coprocultura)
 - 4 Cultura Negativa
 - 4 Cultura Positiva
 - 3 Resultado do meio de cultura:
 - 4 Germe não identificado
 - 4 Germe isolado
 - 5 Bactérias Gram-positivas
 - 6 Indeterminado
 - 6 Staphylococcus
 - 7 S. aureus
 - 8 não-MRSA
 - 8 MRSA
 - 7 S. epidermidis
 - 7 S. saprophyticus
 - 6 Streptococcus
 - 7 S. pyogenes
 - 7 S. viridans
 - 7 S. agalactiae
 - 7 S. equisimilis
 - 7 S. equi
 - 7 S. zooepidemicus
 - 7 S. anginosus
 - 7 outros
 - 6 Enterococos (S. fecalis / S. faecim)
 - 5 Bactérias Gram-negativas
 - 6 Indeterminada
 - 6 Escherichia coli
 - 6 Shigella sp.
 - 7 S. dysenteriae
 - 7 S. flexneri
 - 7 S. boydii
 - 7 S. sonnei
 - 6 Edwardsiella tarda
 - 6 Salmonella sp.
 - 7 S. cholerae-suis
 - 7 S. typhi
 - 7 S. enteritidis
 - 6 Arizona hinshawii
 - 6 Citrobacter sp.
 - 7 C. freundii
 - 7 C. diversus
 - 7 C. amalonaticus
 - 6 Klebsiella sp.
 - 7 K. pneumoniae
 - 7 K. oxytoca
 - 7 K. ozaenae
 - 7 K. rhinoscleromatis

- 6 *Enterobacter* sp.
 - 7 *E. cloacae*
 - 7 *E. aerogenes*
 - 7 *E. agglomerans*
 - 7 *E. sakasakii*
 - 7 *E. geroviae*
- 6 *Hafnia alvei*
- 6 *Serratia* sp.
 - 7 *S. marcescens*
 - 7 *S. liquefaciens*
 - 7 *S. rubidaea*
 - 7 *S. plymuthica*
 - 7 *S. fonticola*
- 6 *Proteus* sp.
 - 7 *P. vulgaris*
 - 7 *P. mirabilis*
- 6 *Providencia* sp.
 - 7 *P. stuartii*
 - 7 *P. alcalifaciens*
 - 7 *P. rettgeri*
- 6 *Morganella morganii*
- 6 *Yersinia* sp.
 - 7 *Y. enterocolitica*
 - 7 *Y. pseudotuberculosis*
 - 7 *Y. pestis*
 - 7 *Y. intermedia*
 - 7 *Y. frederiksenii*
 - 7 *Y. ruckeri*
- 6 *Pseudomonas* sp.
 - 7 *P. aeruginosa*
 - 7 *P. maltophilia*
 - 7 *P. fluorescens*
 - 7 *P. putida*
 - 7 *P. cepacia*
 - 7 Outras.
- 6 *Alcaligenes* sp.
 - 7 *A. fecalis*
 - 7 *A. odorans*
 - 7 *A. denitrificans*
- 6 *Aeromonas hydrophila*
- 6 *Plesiomonas shigelloides*
- 6 *Acinetobacter* sp.
 - 7 *A. calcoaceticus*
 - 7 *A. baumannii*
 - 7 outras
- 6 *Moraxella* sp.
 - 7 *M. lacunata*
 - 7 *M. atlantaeftab*
 - 7 outras
- 6 *Flavobacterium* sp.
 - 7 *F. meningosepticum*
 - 7 *F. odoratum*
- 6 *Eikenella corrodens*
- 6 *Vibrio* sp.
 - 7 *V. cholerae*
 - 7 *V. parahaemolyticus*
 - 7 *V. vulnificus*
 - 7 *V. alginolyticus*
- 5 Bactéria Anaeróbias
 - 6 *Bacterioides* sp.
 - 7 *B. fragilis*
 - 7 *B. thetaiotaomicron*
 - 7 *B. ovatus*
 - 7 *B. vulgatus*
 - 7 *B. distasonis*
 - 7 *B. melaninogenicus*
 - 7 outros
 - 6 *Fusobacterium* sp.
 - 7 *F. necrophorum*
 - 7 *F. nucleatum*
 - 7 *F. mortiferum*
 - 6 *Leptotrichia buccaris*
 - 6 *Peptostreptococcus* sp.
 - 6 *Peptococcus* sp.
 - 6 *Veillonella* sp.
 - 6 *Clostridium* sp.
 - 7 *C. perfringens*
 - 7 *C. ramosum*
 - 7 *C. novyi*
 - 7 *C. septicum*
 - 7 *C. bifermentans*
 - 7 *C. histolyticum*
 - 7 *C. sordelli*
 - 7 *C. sporogenes*
 - 7 *C. tetani*
 - 7 *C. botulinum*
 - 7 *C. difficile*
 - 6 *Bifidobacterium eriksonii*
 - 6 *Propionibacterium acnes*
 - 6 *Eubacterium* sp.
 - 6 *Lactobacillus* sp.
 - 7 *A. israelii*
 - 7 *A. naeslundii*
- 7 *A. viscosus*
- 7 outros
- 6 *Arachnia* sp.
- 6 *Actinomyces israelii*
- 5 BAAR
 - 6 *Mycobacterium tuberculosis*
 - 6 *Mycobacterium bovis*
- 5 Fungos
 - 6 *Candida* sp.
 - 6 *Trichophyton* sp.
 - 6 *Epidermophyton* sp.
 - 6 *Paracoccidioides brasiliensis*
 - 6 *Histoplasma capsulatum*
- 5 Protozoários
 - 6 *Entamoeba histolytica*
 - 6 *Giardia lamblia*
 - 6 *Balantidium coli*
 - 6 *Isospora belli*
 - 6 *Enterocytozoon bienersi*
 - 6 *Septata intestinalis*
 - 6 *Cryptosporidium parvum*
- 3 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Proctologia
 - 4 *Neisseria gonorrhoeae* (Proctite Gonocócica)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Método de Gram
 - 5 Cultura de secreção anorretal
 - 5 Imunofluorescência direta ou indireta
 - 5 ELISA
 - 5 Sonda de DNA
 - 4 *Treponema pallidum* (Sífilis)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Microscopia de Campo Escuro
 - 5 Coloração pelo Método de Fontana Tridondeau
 - 5 VDRL
 - 5 RPR (Reagina Plasmática Rápida)
 - 5 Reação de Fixação de Complemento de Kolmer
 - 5 ITO (Imobilização do T. pallidum)
 - 5 FTA-abs
 - 5 ELISA
 - 4 *Haemophilus ducreyi* (Cancróide ou Cancro Mole)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Método de Gram
 - 5 Cultura de secreção da lesão
 - 5 Intradermorreação de Ito
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Reação de Aglutinação
 - 5 Imunofluorescência
 - 5 ELISA
 - 4 *Chlamydia trachomatis* (Linfogranuloma Venéreo)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Reação de Frei
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Imunofluorescência
 - 5 Cultura em tecidos embrionários
 - 4 *Calymmatobacterium granulomatis* (Donovanose)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Método de May-Giemsa ou Wright (esfregaço)
 - 5 Cultura em Saco vitelínico de galinha ou gema fres
 - 5 Reação de Fixação do Complemento
 - 5 Imunofluorescência indireta
- 3 Tuberculose em Proctologia
 - 4 *Mycobacterium tuberculosis*
 - 5 Método não descrito
 - 5 Método de esfregaço de Ziehl-Neelsen
 - 5 Método de esfregaço pela coloração fluorocrômica
 - 5 Cultura de material de lesão
 - 5 Biópsia de Exame Anatomopatológico
 - 5 Teste Cutâneo de Mantoux
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Inoculação em animais
 - 5 ELISA
 - 5 Imunofluorescência direta e indireta
 - 5 Sonda de DNA
 - 4 *Mycobacterium bovis*
 - 5 Método não descrito
 - 5 Método de esfregaço de Ziehl-Neelsen
 - 5 Método de esfregaço pela coloração fluorocrômica
 - 5 Cultura de material de lesão
 - 5 Biópsia de Exame Anatomopatológico
 - 5 Teste Cutâneo de Mantoux
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Inoculação em animais
 - 5 ELISA
 - 5 Imunofluorescência direta e indireta
 - 5 Sonda de DNA
- 3 Infecções Virais em Proctologia
 - 4 HPV (Humam papillomavirus)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Exame citopatológico imunoquímico
 - 5 Exame histocitológico imunoquímico
 - 5 ELISA
 - 5 Sonda de DNA
 - 5 Tipo Sorológico determinado

- 6 HPV6
- 6 HPV11
- 6 HPV 18
- 6 HPV30
- 6 HPV 31
- 6 HPV 34
- 6 HPV35
- 6 HPV39
- 6 HPV42
- 6 HPV43
- 6 HPV44
- 6 HPV45
- 6 HPV 48
- 4 VHS (Virus herpes simplex)
 - 5 Método não determinado
 - 5 Microscopia Eletrônica
 - 5 Cultura em tecidos específicos
 - 5 Imunofluorescência
 - 5 ELISA
 - 5 Exame citológico com coloração de Papanicolaou
 - 5 Exame anatomopatológico em tecido corado pela H-E
 - 5 Tipo sorológico determinado
 - 6 VHS-2
 - 6 VHS-1
- 3 Doenças Fúngicas em Proctologia
 - 4 Candida sp.
 - 5 Método não descrito
 - 5 Exame direto de esfregaço da lesão
 - 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
 - 5 Cultura de material da lesão
 - 5 ELISA
 - 4 Trichophyton sp.
 - 5 Método não descrito
 - 5 Exame direto de esfregaço da lesão
 - 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
 - 5 Cultura de material da lesão
 - 5 ELISA
 - 4 Epidermophyton sp.
 - 5 Método não descrito
 - 5 Exame direto de esfregaço da lesão
 - 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
 - 5 Cultura de material da lesão
 - 5 ELISA
 - 4 Paracoccidioides brasiliensis
 - 5 Método não descrito
 - 5 Exame direto de esfregaço da lesão
 - 5 Exame Anatomopatológico por biópsia
 - 5 Cultura de material da lesão
 - 5 ELISA
 - 4 Outros fungos
 - 5 Saccharomyces cerevisiae
- 2 Doenças parasitárias em Proctologia
 - 3 Doenças Parasitárias em Proctologia
 - 4 Amebíase
 - 5 Método não descrito
 - 5 Proctoparasitológico de fezes
 - 5 Cultura para E. histolytica
 - 5 Exame Anatomopatológico de biópsia de lesão
 - 5 Reação de Hemaglutinação
 - 5 Reação de Imunofluorescência
 - 5 Sonda de DNA
 - 4 Balantidiose
 - 5 Método não descrito
 - 5 Proctoparasitológico de fezes
 - 5 Cultura para B. coli
 - 5 Exame Anatomopatológico de biópsia de lesão
 - 4 Doença de Chagas
 - 5 Método não descrito
 - 5 Xenodiagnóstico
 - 5 Exames anatomopatológicos apartir de biópsias
 - 5 Reação de Imunofluorescência
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Reação de Hemaglutinação
 - 5 Reação de Aglutinação do látex
 - 5 ELISA
 - 5 Sonda de DNA
 - 5 Exame a fresco de sangue
 - 5 Exame da gota espessa de sangue (May-Grunwald-Giem)
 - 5 Exame de esfregaço corado pelo May-Grunwald-Giemsa
 - 5 Pesquisa do parasita no líquido
 - 5 Pesquisa do parasita no leite materno
 - 5 Cultura para o Trypanosoma cruzi
 - 5 Métodos Imunológicos para pesquisa de IgM
 - 4 Esquistossomose
 - 5 Método não descrito
 - 5 Proctoparasitológico de fezes
 - 5 Biópsia Retal com ovograma
 - 5 Biópsia de outros órgãos acometidos
 - 5 Reação de Fixação de Complemento
 - 5 Reação de Imunofluorescência indireta
 - 5 ELISA
 - 5 Reação de Hemaglutinação indireta
 - 5 Intradermoreação
 - 4 Trichiurose (Tricocefalose)
 - 5 Método não descrito
 - 5 Proctoparasitológico de fezes
 - 4 Oxiurose
 - 5 Método não descrito
 - 5 Proctoparasitológico de fezes
 - 4 Escabiose
 - 5 Método não descrito
 - 5 Raspado de pele no local suspeito
 - 4 Pitirose
 - 4 Míase
- 2 Avaliação neuro-funcional em proctologia
 - 3 Eletromiografia cólonica
 - 4 Normal
 - 4 Atraso progressão dos marcadores
 - 4 Queda atividade motora musculatura
 - 4 Espasmos musculares - musculatura lisa cólonica
 - 4 Não relaxamento distal da musculatura
 - 4 Relaxamento incompleto musculatura cólonica
 - 4 Déficit sensorial
 - 4 Complacência aumentada do cólon
 - 4 Anormalidades no assoalho pélvico
 - 3 Eletromiografia anorretal
 - 4 Normal
 - 4 Alterada
 - 3 Tempo de latência do nervo pudendo
 - 4 Normal
 - 4 Alterada
- 2 Manometria Anorretal
 - 3 Manometria Normal
 - 3 Manometria Alterada
 - 4 Pressão de repouso
 - 5 Aumentada
 - 5 Diminuída
 - 4 Pressão de contração
 - 5 Aumentado
 - 5 Diminuído / ausente
 - 4 Volume de urgência evacuatória
 - 5 Aumentado
 - 5 Diminuído
 - 4 Volume máximo tolerável
 - 5 Aumentado
 - 5 Diminuído
 - 4 Complacência retal
 - 5 Aumentado
 - 5 Diminuído
 - 4 Defecometria
 - 5 Contração paradoxal do puburretal
 - 5 Não relaxamento esfinteriano
 - 4 Índice de assimetria radial elevado
 - 5 Hipertonía não localizada
 - 5 Hipertonía localizada
 - 6 Posterior
 - 6 Anterior
 - 6 Lateral Direita
 - 6 Lateral Esquerda
 - 6 Antero-lateral Direita
 - 6 Postero-lateral Direita
 - 6 Antero-lateral Esquerda
 - 6 Postero-lateral Esquerda
 - 4 Comprimento do canal anal funcional diminuído
- 2 Manometria cólonica
 - 3 Aumento da pressão no lúmen colônico
 - 3 Incoordenação ou variação intermitente pressórica do cólon
 - 3 Gradiente pressórico alterado entre segmentos do cólon
 - 3 Complacência cólonica aumentada
- 2 Teste respiratório hidrogênio-lactose**
- 2 Laparoscopia diagnóstica
 - 3 Líquido/ pús / secreção em cavidade abdominal
 - 3 Fezes/ secreção cólonica intra-abdominal / peritonite fecal
 - 3 Massa tumoral intracavitária
 - 3 Massa inflamatória localizada em cólon - bloqueio
 - 3 Serosite cólonica
 - 3 Distensão cólonica
 - 3 Perfuração parede cólonica
 - 3 Laceração parede cólonica
 - 3 Hipocontratibilidade cólonica
 - 3 Parede cólonica espástica/ hipertrofica
- 2 Lavagem peritoneal
 - 3 Presença de sangue
 - 3 Presença de fezes
 - 3 Presença de bile
 - 3 Presença de pús ou presença de leucócitos superior à 500/ml
 - 3 Presença de bactérias

1 EXAME ANATOMOPATOLÓGICO EM PROCTOLOGIA

2 Dermatopatias perianais

- 3 Hidradenite supurativa
- 3 Dermatite de contato
 - 4 indiferenciada
 - 4 aguda
 - 4 crônica
- 3 Dermamite actínica
- 3 Dermatite Seboréica

- 3 Líquen Simples crônico
- 3 Intertrigo
- 3 Psoríase
- 3 Vitiligo
- 3 Queratose folicular (Doença de Darier)
- 3 Líquen plano
- 3 Craurose (líquen escleroso e atrófico)
- 3 Pênfigo vulgaris
- 3 Leucoplasia
- 3 Acanthose Nigricante
- 3 Dermatite secundária a micoses (dermatofitose)
- 3 Escabiose perianal
- 3 Dermatite secundária a Oxiuriase
- 3 Esquistossomose cutânea
- 3 Dermatite inespecífica secundária a processo infec
- 3 Lupus eritematoso sistêmico
- 3 Esclerodermia
- 3 Dermatomiomiose
- 3 Eritema multiforme
- 2 Megacólon
 - 3 Doença de Chagas
 - 3 Aganglionose congênita da parede cólonica
- 2 Doenças Inflamatórias Colorretais
 - 3 Doença de Crohn
 - 3 Retocolite Ulcerativa Idiopática
 - 3 Retocolite infecciosa
 - 3 Retocolite actínica
 - 3 Retocolite isquêmica
 - 3 Descrição histopatológica
 - 4 Granuloma
 - 4 Edema
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Discreto
 - 5 Acentuado
 - 4 Células Gigantes
 - 4 Acúmulo de células mieloperoxidase positivas
 - 4 Muco Intracitoplasmático diminuído
 - 4 Vasos na base da úlcera
 - 4 Infiltrado Inflamatório
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Intenso
 - 5 Leve
 - 4 Atrofia e regeneração da mucosa
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Acentuada
 - 5 Discreta
 - 4 Desorganização da Arquitetura Glandular
 - 4 Lagos de neutrófilo
 - 4 Depleção Caliciforme
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Intensa
 - 5 Leve
 - 4 Abscessos de criptas
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Numerosos
 - 5 Raros
 - 4 Pólipos Inflamatórios
 - 5 Quantificação não descrita
 - 5 Numerosos
 - 5 Raros
 - 4 Avaliação para Displasia
 - 5 Negativo para Displasia
 - 5 Indefinido para Displasia
 - 5 Positivo para Displasia
 - 6 Displasia de grau indeterminado
 - 6 Displasia de Baixo grau
 - 6 Displasia de Alto grau
- 2 Doenças do Apêndice Cecal
 - 3 Apendicite aguda
 - 4 Fase catarral/inicial
 - 4 Supurada / perfurada
 - 3 Apendicite crônica
 - 3 Tumor carcinóide de apêndice
 - 3 Adenoarcinoma de apêndice
 - 3 Cistoadenoma mucinoso
 - 3 Cistoadenocarcinoma mucinoso
 - 3 Corpo estranho no apêndice
 - 3 Doença de Crohn do apêndice
 - 3 Endometriose no apêndice
 - 3 Linfoma apendicular primário
 - 3 Mucocoele do apêndice
 - 3 Pseudomixoma peritoneal secundário a doença do apêndice
 - 3 Pseudotumor micobacteriano - Mycobacterium tuberculosis
 - 3 Apendicopatia neurogênica
- 2 Transtornos Vasculares (não neoplásicos) em Proctologia
 - 3 Doença Hemorroidária
 - 3 Angiodisplasia
 - 3 Colite isquêmica segmentar
 - 3 Isquemia mesentérica maça
 - 3 Síndrome de Rendu-Osler-Weber/ Telangiectasia familiar
 - 3 Aneurisma de artéria cólica
 - 3 Doença de Behcet - vasculite sistêmica
 - 3 Ectasia vascular adquirida
- 3 Lesão de Dieulafoy
- 3 Poliarterite nodosa na circulação colônica
- 3 Síndrome de Heyde
- 2 Marcadores Genéticos
 - 3 Negativos
 - 3 APC
 - 3 K-ras
 - 3 p-53
 - 3 DCC
 - 3 MSH2
 - 3 MLH1
 - 3 PMS1
 - 3 PMS2
 - 3 MSH3
 - 3 MSH6
- 2 Citometria de Fluxo
 - 3 Anaploidia
 - 3 Diploidia
- 2 Pólipos Colorretais
 - 3 Pólipo Adenomatoso
 - 4 Tipo Tubular
 - 4 Tipo Túbulo-viloso (misto)
 - 4 Tipo Viloso
 - 4 Invasão Pseudocarcinomatosa
 - 4 HNPCC
 - 4 Poliposes
 - 5 Polipose adenomatosa familiar
 - 5 Síndrome de Gardner
 - 5 Síndrome de Trucot
 - 5 Osteoma
 - 5 Odontopatias
 - 5 Cisto epidermóide
 - 5 Tumor desmóide
 - 5 Pancreatite
 - 5 Hepatoblastoma
 - 5 Cancinoma de tireóide
 - 5 Tumor periampulares
 - 5 Tumores gástricos / pancreáticos
 - 5 Tumor no Sistema Nervoso Central (Trucot)
 - 3 Pólipo Hiperplásico
 - 3 Pólipo Harmatomatoso
 - 4 Não associado a Síndromes
 - 4 Síndrome de Peutz-Jegher
 - 4 Síndrome de Cronkite-Canada
 - 4 Síndrome de Cowden
 - 3 Pólipo Juvenil (de retenção)
 - 3 Pólipo Linfóide
 - 3 Pólipo Fibróide Inflamatório
 - 3 Pólipo Mioglandular Inflamatório (cloacogênico)3
 - 3 Atipias em pólipos
 - 4 Baixo grau
 - 4 Alto grau
- 2 Neoplasias em Proctologia
 - 3 Tumores no Ânus e Canal Anal
 - 4 Margem Anal
 - 5 Carcinoma de Células Escamosas
 - 5 Carcinoma de Células Basais
 - 5 Doença de Bowen
 - 5 Tumor de Buschke-Lowenstein (carcinoma verrucoso)
 - 5 Sarcoma de Kaposi
 - 5 Doença de Paget
 - 5 Queratoacantoma
 - 4 Canal Anal
 - 5 Carcinoma de Células Escamosas
 - 6 Inespecífico
 - 6 Carcinoma Epidermóide
 - 6 Carcinoma Basalóide ou cloacogênico
 - 6 Carcinoma Epidermóide Mucóide
 - 5 Melanoma maligno
 - 5 Adenocarcinoma
 - 6 Indeterminado
 - 6 Tipo retal
 - 6 Tipo de glândulas e ductos anais
 - 6 Tipo de fistulas anorretais
 - 5 Carcinoma pseudosarcomatoso
 - 5 Sarcomas
 - 5 Linfoma
 - 3 Tumores Colorretais
 - 4 Adenocarcinoma
 - 5 Inespecífico
 - 5 Pólipo carcinomatoso
 - 5 Vegetante ou polipóide
 - 5 Mucinoso (Anel de Sinete)
 - 5 Vilosos ou Papilar
 - 5 Ulcerado ou Lacunar
 - 5 Cirrótico ou Infiltrante
 - 5 Tumores sincrônicos
 - 4 Tumor Carcinóide
 - 4 Carcinoma de Células Escamosas
 - 4 Adenoacantoma ou Carcinoma Adenoescamoso
 - 4 Stem cell carcinoma
 - 4 Carcinoma Neuroendócrino
 - 4 Pseudomixoma peritoneal

- 4 Melanoma
- 4 Fibrossarcoma
- 4 Leiomiossarcoma
- 4 Rabdmiossarcoma
- 4 Lipossarcoma
- 4 Angiossarcoma
- 4 Linfossarcoma
- 4 Histiocitoma Fibroso Maligno
- 4 Linfoma Linfocítico
- 4 Sarcoma de Células Reticulares
- 4 Linfoma Folicular Gigante
- 4 Doença de Hodgkin
- 4 Mieloma Solitário
- 4 Mieloma Múltiplo
- 4 Plasmacitoma Extracelular com Plasmacitoma Múltiplo
- 4 Leucemia de Células Plasmáticas
- 4 Plasmacitoma Primário
- 4 Fibroma
- 4 Hiperplasia Linfóide
- 4 Granuloma eosinófilo ou pólopo inflamatório
- 4 Leiomioma
- 4 Rabdmioma
- 4 Lipoma
- 4 Hemangioma
- 4 Linfangioma
- 4 Hemangiopericitoma
- 4 Hemangioendotelioma
- 4 Hemangioma benigno metastático
- 4 Sarcoma de Kaposi
- 4 Neurofibroma
- 4 Neuromieloma ou Schwanoma
- 4 Ganglioneuroma
- 4 Tumor de células granulares
- 2 Estadiamento de Neoplasia em Proctologia
 - 3 Estadiamento em Tumores no Ânus e Canal Anal
 - 4 Estadiamento TNM (Tumores de Ânus e Canal Anal)
 - 5 TX (Tumor primário não pode ser avaliado)
 - 5 T0 (Nenhuma evidência do tumor primário)
 - 5 Tis (Carcinoma in situ)
 - 5 T1 (Tumor com 2 cm ou menor)
 - 5 T2 (Tumor maior que 2 cm ou igual a 5 cm)
 - 5 T3 (Tumor maior que 5 cm)
 - 5 T4 (Tumor invasor - esfíncter não conta)
 - 4 Estadiamento do Câncer Anal (AJCC)
 - 5 Estágio 0 (Tis, N0, M0)
 - 5 Estágio I (T1, N0, M0)
 - 5 Estágio II (T2, N0, M0 / T3, N0, M0)
 - 5 Estágio IIIA (T1-T2-T3, N1, M0 / T4, N0, M0)
 - 5 Estágio IIIB (T4, N1, M0 / Tqualquer, N2-N3, M0)
 - 5 Estágio IV (Tqualquer, Nqualquer, M1)
 - 4 Estadiamento em Tumores no Ânus e Canal Anal (Pap)
 - 5 Estadiamento indeterminado / não descrito
 - 5 T-1 (Tumor com diâmetro inferior a 2 cm)
 - 5 T-2 (Tumor com diâmetro entre 2 e 4 cm)
 - 5 T-3 (Tumor com diâmetro acima de 4 cm, móvel, não)
 - 5 T-4A (Tumor invadindo mucosa vaginal)
 - 5 T-4B (Tumor invadindo estruturas vizinhas)
 - 3 Estadiamento em Tumores Colorretais
 - 4 Estadiamento indeterminado / não descrito
 - 4 Classificação de Dukes (incluindo Classificação de
 - 5 Dukes A (Invasão até camada Muscular Própria)
 - 5 Dukes B (Acometimento até Serosa ou camada gordurosa)
 - 5 Dukes C (Acometimento Ganglionar)
 - 6 Dukes C não sub-classificado
 - 6 Dukes C1 (Acometimento Ganglionar)
 - 6 Dukes C2 (Acometimento de tecido ou órgãos vizinho)
 - 5 Dukes D (Metástase à distância)
 - 4 Classificação de Astler e Coller
 - 5 A (Tumor Limitado à Mucosa)
 - 5 B1 (Acometimento de muscular própria)
 - 5 B2 (Tumor acomete até muscular própria e linfonodal)
 - 5 C1 (Tumor além da muscular própria e linfonodal)
 - 5 C2 (Tumor acomete e tecido e órgãos vizinhos)
 - 4 Sistema TNM (Tumor colorretal)
 - 5 T (Tumor primário)
 - 6 TX (Tumor primário não pode ser avaliado)
 - 6 T0 (Nenhuma evidência do tumor primário)
 - 6 Tis (Carcinoma intra-mucoso)
 - 6 T1 (Tumor invade sub-mucosa)
 - 6 T2 (Tumor invade muscular própria)
 - 6 T3 (Tumor ultrapassa muscular própria)
 - 6 T4 (Tumor acomete serosa ou invade outros órgãos)
 - 5 N (Linfonodos)
 - 6 NX (Linfonodos não podem ser avaliados)
 - 6 N0 (Ausência de acometimento linfonodal)
 - 6 N1 (Acometimento de 1 a 3 linfonodos pericólicos)
 - 6 N2 (Acometimento de 4 ou mais linfonodos pericólicos)
 - 6 N3 (Acometimento de linfonodos em tronco vascular)
 - 5 M (Metástase)
 - 6 MX (Metástase não pode ser avaliada)
 - 6 M0 (Ausência de Metástase à distância)
 - 6 M1 (Metástase à distância)
 - 5 Estadiamento pelo TNM
- 6 Não definido / não descrito
- 6 Estadio 0 (Tis N0 M0)
- 6 Estadio I (T1-2 N0 M0)
- 6 Estadio II (T2-3 N0 ou T4 N0 M0)
- 6 Estadio III (a:Tqualquer N1 M0 ou b: Tqualquer N2-3 M0)
- 6 Estadio IV (Tqualquer Nqualquer M1)
- 4 Classificação de Diferenciação Celular (Borders)
 - 5 Indeterminado
 - 5 Grau I
 - 5 Grau II
 - 5 Grau III
 - 5 Grau IV
- 4 Classificação de Diferenciação Glandular
 - 5 Indeterminado
 - 5 Tumor Bem diferenciado
 - 5 Tumor Moderadamente diferenciado
 - 5 Tumor Indiferenciado / Pobrememente Diferenciado /
- 4 Descrição da Margem Cirúrgica
 - 5 Não definida / não descrita
 - 5 Livre de doença neoplásica
 - 5 Acometida pela Neoplasia
- 4 Descrição de Invasão Vascular
 - 5 Não definida / não descrita
 - 5 Ausência de invasão vascular
 - 5 Presença de invasão vascular
- 3 Estadiamento em Tumores do Apêndice Cecal
 - 4 Tumores menores que 2 cm
 - 4 Tumores maiores que 2 cm
 - 4 Acometimento linfonodal
 - 4 Metástase
- 2 Congelação
 - 3 Indeterminada
 - 3 Processo benigno
 - 3 Neoplasia
 - 3 Margem livre
 - 3 Margem comprometida
- 2 Carcinoma espinocelular cutâneo
- 2 Defeito na camada muscular do cólon
- 1 RADIOLOGIA EM PROCTOLOGIA
 - 2 Radiografia Simples de Abdome
 - 3 Não descrita / Sem laudo
 - 3 Radiografia Simples de Abdome Normal
 - 3 Achados Anormais na Radiografia Simples de Abdome
 - 4 Não especificados
 - 4 Distensão gasosa de alças
 - 5 Delgado
 - 5 Cólon
 - 6 Todo cólon
 - 6 Ceco
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Cólon transversal
 - 6 Cólon descendente
 - 6 Sigmóide
 - 6 Reto
 - 5 Delgado e cólon
 - 4 Níveis Hidroaérios
 - 5 Fossa ilíaca direita
 - 5 Mesogastro
 - 4 Sinais obstrutivos
 - 5 Reto
 - 5 Cólon esquerdo
 - 5 Cólon transversal
 - 5 Cólon direito
 - 4 Imagem de "empilhamento de moedas"
 - 4 Pneumoperitônio
 - 4 Ar Extraluminal Extraperitoneal
 - 4 Ar em órgãos e estruturas do andar superior do abdome
 - 4 Ar intramural (pneumatose)
 - 4 Flebólitos em área hemangiomasiosa
 - 4 Líquido Livre Extraluminal
 - 4 Aumento de espessura da parede intestinal
 - 4 Alteração ou perda das haustrações e contornos colônicos
 - 4 Alteração no calibre colônico
 - 5 Megacólon
 - 5 Megacólon tóxico
 - 4 Alteração no curso colônico
 - 4 Fecalito em fossa ilíaca direita
 - 4 Gás no lúmen apendicular
 - 4 Ausência de ar em ampola retal
 - 4 Corpo Estranho intra-retocolônico
 - 4 Corpo Estranho extra-intestinal
 - 4 Desaparecimento da sombra do m. psoas
 - 4 Alça sentinela em fossa ilíaca direita
 - 4 Imagem de duplo cano em Y - alça de von Wahl
 - 4 Fibrose/calcificação parede intestinal
 - 4 Alterações Diafragmáticas
 - 5 lado direito
 - 5 lado esquerdo
 - 4 Alterações Ósseas
 - 5 Escoliose - posição anti-álgebra
 - 4 Alteração de Partes Moles
 - 2 Radiografia de Tórax
 - 3 Não descrito / Sem laudo

- 3 Radiografia de Tórax Normal
- 3 Achados Anormais na Radiografia de Torax
 - 4 Não especificado
 - 4 Alteração em Área Supra-apical / Cervical
 - 5 Inespecíficas
 - 5 Bócio Mergulhante
 - 5 Adenopatias
 - 5 Enfisema sub-cutâneo
 - 5 Fraturas e luxações
 - 6 Vértebras Cervicais
 - 6 Clavícula
 - 6 Úmero
 - 6 Escápula
 - 5 Costelas cervicais
 - 5 Fusões de corpos e/ou lâminas vertebrais
 - 5 Próteses em ossos
 - 5 Osteoporose
 - 5 Atrofia de discos intervertebrais
 - 5 Hérnia de Disco intervertebrais
 - 5 Achatamento vertebrais
 - 5 Osteófitos
 - 5 Tumores Ósseos Primitivos
 - 5 Metástases Ósseas
 - 4 Alteração de Diafragma e Espaço Infradiafragmático
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Alterações inespecíficas
 - 5 Pneumoperitônio
 - 5 Paralisia e Elevação diafragmática
 - 5 Elevação diafragmática por distensão abdominal
 - 5 Hérnia Diafragmática
 - 6 Hérnia de Hiato
 - 6 Hérnia Diafragmática Traumática
 - 6 Hérnia de Bochdalek
 - 6 Hérnia de Morgagni
 - 6 Hérnia de Larrey
 - 5 Alteração da superfície diafragmática
 - 5 Abscesso sub-frênico
 - 5 Alças intestinais entre o fígado e o diafragma
 - 5 Hepatomegalia
 - 5 Esplenomegalia
 - 5 Distensão gástrica
 - 5 Calcificação na vesícula biliar
 - 4 Corpo Estranho
 - 5 Não identificável
 - 5 Projétil de arma de fogo
 - 5 Lâmina de faca ou estilete
 - 5 Marcapasso
 - 5 Drenos
 - 5 Sutures aramadas
 - 5 Outros
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Localização indeterminada
 - 5 Partes Moles Extracostais
 - 5 Intrapulmonares
 - 5 Vias aéreas
 - 5 Esôfago
 - 5 Espaço Pleural
 - 4 Alterações Ósseas
 - 5 Fraturas
 - 6 Arcos costais
 - 6 Vértebras
 - 6 Clavícula
 - 6 Esterno
 - 6 Úmero
 - 5 Anomalias
 - 6 Costelas cervicais / extranumerárias
 - 6 Fusões de corpos ou lâminas vertebrais
 - 6 Projeção externa ou recuo do esterno
 - 5 Doenças degenerativas
 - 6 Osteoprose
 - 6 Atrofia s e hérnias de disco intervertebrais
 - 6 Desvio na Coluna Vertebral
 - 6 Osteófitos
 - 6 Soldadura Ósseas
 - 5 Tumores ósseos primitivos
 - 5 Metástase Óssea
 - 4 Alteração de Partes Moles
 - 5 Inespecíficas
 - 5 Enfisema sub-cutâneo
 - 5 Outras
 - 4 Alteração em Mediastino
 - 5 Desvio dos Elementos do Mediastino
 - 6 Para a direita
 - 6 Para a esquerda
 - 5 Alargamento do Mediastino
 - 6 Inespecífico
 - 6 Tumores mediastinais
 - 6 Megaesôfago chagásico
 - 4 Alteração em Área cardíaca
 - 5 Cardiomegalia
 - 5 Deslocamento cardíaco
 - 6 Para a direita
 - 6 Para a esquerda
 - 5 Calcificação valvulares
- 4 Alteração em Campos Pulmonares
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Alterações inespecíficas
 - 5 Atelectasia
 - 5 Congestão / Edema pulmonar
 - 5 SARA
 - 5 Pneumonias / Processos pneumônicos / Abscessos pulmonares
 - 5 Pneumoconioses
 - 5 Doença pulmonar por parasitas
 - 5 Contusão pulmonar
 - 5 Tumores benignos
 - 5 Tumores malignos primitivos
 - 5 Metástases pulmonares
 - 6 Única
 - 6 Múltipla
- 4 Alteração em Pleura e Espaço Pleural
 - 5 Lado direito
 - 5 Lado esquerdo
 - 5 Bilateral
 - 5 Alterações inespecífica
 - 5 Pneumotórax
 - 5 Hidrotórax
 - 5 Empiema
 - 5 Drenos
 - 5 Elementos Abominais intratorácicos
 - 5 Tumores
 - 5 Outros
- 2 Trânsito Intestinal
 - 3 Não descrito / Sem laudo
 - 3 Trânsito Intestinal Normal
 - 3 Achados Anormais no Trânsito Intestinal
 - 4 Inespecífico
 - 4 Divertículos jejuno-ileais
 - 4 Pólipos
 - 4 Lipomas
 - 4 Linfoma
 - 4 Síndrome de má absorção (espru)
 - 4 Tuberculose ileocecal
 - 4 Doença de Crohn
 - 5 Estenose - sinal do barbante
 - 5 Fistulas intestinais
 - 5 Superfície mucosa sadia intercalada com doente
 - 5 Ulcerações mucosas - aspecto paralelepípedo
 - 4 Blastomicose
 - 4 Ascariíase
 - 4 Estrongiloidíase
 - 4 Fistulas jejunais e ileais
 - 4 Invaginação jeunoileal
 - 4 Compressões e deslocamentos
 - 4 Hérnias abdominais externas
 - 5 Inespecífica
 - 5 Hérnia Incisional
 - 5 Hérnia Epigástrica
 - 5 Hérnia Umbilical
 - 5 Hérnias diafragmáticas traumáticas
 - 5 Hérnia de Hiato
 - 5 Hérnia de Bochdalek
 - 5 Hérnia de Morgagni
 - 5 Hérnias Inguinais
 - 5 Hérnia femural
 - 5 Hérnia perineal
 - 5 Hérnia obturadora
 - 5 Hérnia ciática
 - 5 Hérnia pré-vesical
 - 5 Hérnia de Spiegel
 - 5 Hérnia Lombar
 - 5 Diástese dos retos
 - 5 Onfalocoele
 - 5 Paraonfalocoele
 - 4 Hérnias Abdominais Internas
 - 5 Inespecífica
 - 5 Hérnia Paraduodenal (Treitz)
 - 5 Hérnia do Forame de Wislow
 - 5 Hérnia transmesocólica
 - 5 Hérnia interna pós-operatória
- 2 Enema Opaco
 - 3 Não descrito / Sem laudo
 - 3 Enema Opaco Normal
 - 3 Achados Anormais no Enema Opaco
 - 4 Alteração nos contornos parietais
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco

- 5 Não localizado
- 4 Alteração no padrão das haustrações (aspecto de tubo)
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
 - 5 Não localizado
- 4 Alteração no comprimento dos segmentos colônicos
 - 5 Aumentado
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Ceco
 - 6 Não localizado
 - 5 Diminuído
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Ceco
 - 6 Não localizado
- 4 Alteração na mobilidade dos segmentos colônicos
 - 5 Cólon esquerdo
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon direito
 - 5 Não localizado
- 4 Estenose dos segmentos colônicos
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
 - 5 Não localizado
- 4 Fecaloma
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon direito
- 4 Imagem em "bico de pássaro"- volvo sigmóide
- 4 Ausência de enchimento do apêndice
- 4 Megacólon
 - 5 Dólicomegacólon
 - 5 Associado a megarreto
 - 5 Megacólon tóxico
- 4 Divertículos
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
 - 5 Todo o cólon
- 4 Alterações Inflamatórias Inespecíficas de mucosa (ulcerações)
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Pólipos
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Massas Tumorais
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Lipomas
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Doença de Crohn
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Extravasamento de contraste
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
 - 5 Apêndice cecal
 - 5 Não localizado
- 4 Fistulas estercoral cutânea
 - 5 Não localizado
 - 5 Reto
 - 5 Sigmóide
 - 5 Cólon ascendente
 - 5 Cólon Transverso
 - 5 Cólon Descendente
 - 5 Ceco
- 4 Fistula para órgãos adjacentes
 - 5 Vagina
 - 5 Útero
 - 5 Bexiga
 - 5 Ureter
 - 5 Intestino delgado
 - 5 Estômago
 - 5 Outros
- 4 Invaginação
- 3 Enema Opaco Inconclusivo
 - 4 Preparo Inadequado
 - 5 Preparo não descrito
 - 5 Dieta de baixo residuo 48 horas antes do exame
 - 5 Dieta líquida abundante no dia do exame
 - 5 Hidratação
 - 5 Laxativos
 - 6 Ácido ricinoléico
 - 6 Fenoftaleínas
 - 6 Bisacodil
 - 6 Picossulfato de Sódio
 - 6 Sena
 - 6 Ruibarbo
 - 6 Cáscara Sagrada
 - 6 Aloé
 - 6 Frângula
 - 6 Sulfato de Magnésio
 - 6 Sulfato de Sódio
 - 6 Citrato de Magnésio
 - 6 Hidróxido de Magnésio
 - 5 Enterocismas
 - 5 Agentes farmacológicos para relaxamento do cólon
 - 6 Glucagon
 - 6 Escopolamina
 - 6 Probutina
- 3 Complicações no Enema Opaco
 - 4 Inespecíficas
 - 4 Perfuração
 - 4 Complicações do contraste
 - 4 Complicações de agentes farmacológicos
- 2 Fistulografia
 - 3 Ausência de Fistula
 - 3 Fistula com trajeto indeterminado
 - 3 Fistula Cólon-cutânea
 - 4 Localização indefinida
 - 4 para Reto
 - 4 para Sigmóide
 - 4 para Cólon ascendente
 - 4 para Cólon Transverso
 - 4 para Cólon Descendente
 - 4 para Ceco
 - 3 Fistula Entero-cutânea
 - 3 Fistula Anal
 - 3 Fistula Anorretal
 - 3 Fistula Isquiorretal
 - 3 Fistula Pelvi-retal (outros órgãos)
- 2 Defecografia
 - 3 Não descrito / Sem laudo
 - 3 Defecograma Normal
 - 3 Achados Anormais no Defecograma
 - 4 Inespecífico
 - 4 Retoceles
 - 5 Inespecífica
 - 5 Anterior
 - 5 Posterior
 - 5 Laterais
 - 4 Intussuscepção retal (prolapso retal interno)
 - 5 Inespecífico
 - 5 Mucoso

- 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
 - 5 Mural ou Total
 - 6 Circunferencial
 - 6 Anterior
- 4 Prolapso retal
- 4 Procidência retal
- 4 Enterocoele
 - 5 Enterocoele simples
 - 5 Enterocoele com prolapso retal
- 4 Úlcera Retal Solitária
 - 5 Localização não especificada
 - 5 Mucosa retal anterior
 - 5 Mucosa retal posterior
 - 5 Circunferencial
- 4 Discinesia do Músculo puborretal
- 4 Alteração do assoalho pélvico
- 4 Não relaxamento do aparelho esfinteriano
- 4 Alteração do ângulo retal
- 4 Incoordenação do esforço evacuatório
- 3 Defecografia associada a cintilografia
- 2 Pouchografia (Bolsagrafias)**
 - 3 Não descrito / Sem laudo
 - 3 Pouchografia Normal
 - 4 Tipo de bolsa ileal não descrita
 - 4 Bolsa Ileal em "L" (Fonkalrud)
 - 4 Bolsa Ileal em "J" (Utsonomiya et al.)
 - 4 Bolsa Ileal em "S" ou "W" (Parks & Nicholls)
 - 4 Bolsa Ileal em "B" (Slors)
 - 4 Outras formas
 - 3 Achados Anormais na Pouchografia
 - 4 Inespecífico
 - 4 Alteração estrutural na bolsa
 - 4 Pouchites
 - 4 Obstrução
 - 4 Incontinência fecal
 - 4 Fistulas
 - 5 Enterocutânea
 - 5 Anovaginal
 - 5 Perineal
 - 5 Ileovesical
 - 5 Ileovaginal
 - 4 Alterações na Anastomose Bolsa-anal
 - 5 Estenose
 - 5 Deiscência
 - 5 Retração
 - 5 Recidiva da doença na linha de anastomose
- 2 Peritoneografia (Herniografia)**
 - 3 Sem laudo / não descrita
 - 3 Achados Inespecíficos
 - 3 Hérnias abdominais externas
 - 4 Inespecífica
 - 4 Hérnia Incisional
 - 4 Hérnia Epigástrica
 - 4 Hérnia Umbilical
 - 4 Hérnias diafragmáticas traumáticas
 - 4 Hérnia de Hiato
 - 4 Hérnia de Bochdalek
 - 4 Hérnia de Morgagni
 - 4 Hérnias Inguinais
 - 5 Direta
 - 5 Indireta
 - 4 Hérnia femoral
 - 4 Hérnia perineal
 - 4 Hérnia obturadora
 - 4 Hérnia ciática
 - 4 Hérnia pré-vesical
 - 4 Hérnia de Spiegel
 - 4 Hérnia Lombar
 - 4 Diástese dos retos
 - 4 Onfalocoele
 - 4 Paraonfalocoele
 - 3 Hérnias Abdominais Internas
 - 4 Inespecífica
 - 4 Hérnia Paraduodenal (Treitz)
 - 4 Hérnia do Forame de Wislow
 - 4 Hérnia transmesocólica
 - 4 Hérnia interna pós-operatória
 - 3 Hérnias Internas Pós-Operatórias
 - 4 Hérnias retroanastomóticas
 - 4 Outras
- 2 Tempo de Trânsito Colorretal
 - 3 Não descrito / Sem laudo
 - 3 Tempo de Trânsito Colorretal Normal
 - 3 Achados Anormais no Tempo de Trânsito Colorretal
 - 4 Inércia Colônica (marcadores em cólon direito após
 - 4 Obstrução ou disfunção distal (marcadores em retos)
- 2 Urografia excretora ou Pielografia**
 - 3 Sem alteração
 - 3 Compressão extrínseca
 - 4 Lado esquerdo
 - 4 Lado direito
 - 3 Fistula colônica
- 4 Cólon esquerdo
- 4 Cólon direito
- 4 Não localizada
- 3 Outros achados
- 2 Cistografia**
 - 3 Sem alteração
 - 3 Invasão de massa tumoral
 - 3 Fistula entero-vesical
 - 4 Indeterminada
 - 4 Reto
 - 4 Sigmóide
 - 4 Ceco
 - 4 Delgado
- 2 Ultra-sonografia em Proctologia (convencional)**
 - 3 Ultra-sonografia percutânea (abdominal e pélvica)
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Ultra-sonografia Normal
 - 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia percutânea (a
 - 5 Anormalidades específicas no cólon e/ou no reto
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Enrijecimento da parede de alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Corpo Estranho
 - 6 Cisto em parede de alça
 - 6 Não localizado
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Ceco
 - 6 Apêndice cecal
 - 5 Anormalidades associadas na cavidade abdominal
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Bloqueio/ plastrão
 - 7 Fossa ilíaca direita
 - 7 Flanco direito
 - 7 Flanco esquerdo
 - 7 Fossa ilíaca esquerda
 - 7 Pelve
 - 6 Coleções líquidas fora das alças (abscessos)
 - 7 Fossa ilíaca direita
 - 7 Flanco direito
 - 7 Flanco esquerdo
 - 7 Fossa ilíaca esquerda
 - 7 Pelve
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
 - 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celiaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
 - 6 Implantes metastático peritoneais
 - 6 Massa tumoral retroperitoneal
- 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ptose hepática
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos
 - 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
 - 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
 - 6 Cisto / abscesso sub-capsular
 - 6 Hepatomegalia
 - 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)
 - 6 Hemocromatose
 - 6 Esteatose difusa
 - 6 Esteatose focal
 - 6 Hematomas
 - 6 Abscessos
 - 6 Cistos
 - 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
 - 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Tumores(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm

- 6 Metástases múltiplas e difusas
- 6 Localização não definida
- 6 Ambos lobos hepáticos
- 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
- 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VIII
- 4 Intervencionista
 - 5 Drenagem de abscesso percutâneo
- 2 Ultra-sonografia Transluminal em Proctologia
 - 3 Ultra-sonografia Endoanal / Transanal
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Ultra-sonografia endoanal / transanal Normal
 - 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia endoanal / tr
 - 5 Achados anormais inespecíficos
 - 5 Lesão esfinteriana
 - 5 Hipertonía de Esfínter anal interno
 - 5 Abscessos perianais
 - 5 Trajetos fistulosos perianais
 - 5 Tumores anais
 - 3 Ultra-sonografia Endorretal / Transretal
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Ultra-sonografia endorretal / transretal Normal
 - 4 Achados Anormais na Ultra-sonografia endorretal /
 - 5 Achados anormais inespecíficos
 - 5 Tumor da parede retal
 - 6 Grau de penetração indefinido
 - 6 Tis (Carcinoma intra-mucoso)
 - 6 T1 (Tumor invade sub-mucosa)
 - 6 T2 (Tumor invade muscular própria)
 - 6 T3 (Tumor ultrapassa muscular própria)
 - 6 Lesão tumoral intramural
 - 6 Extensão não definida
 - 6 Menor que 3 cm
 - 6 Maior que 3 cm
 - 5 Alteração na espessura da parede retal
 - 5 Abscesso perirretal
 - 5 Fistula perirretal
 - 5 Tumor perirretal
- 2 Tomografia Computadorizada em Proctologia
 - 3 Tomografia abdominal e pélvica
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 Tomografia Normal
 - 4 Achados Anormais na Tomografia abdominal e pélvica
 - 5 Anormalidades em cólons e/ou no reto
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Alargamento diâmetro luz colônica
 - 6 Descontinuidade da parede de alças (fistula, divertículo)
 - 6 Coleções supurativas relacionadas a alças
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Corpo Estranho
 - 6 Fecaloma
 - 6 Volvo
 - 6 Calcificação parede intestinal
 - 6 Lesão vascularizadas em parede colônica
 - 6 Extravasamento contraste intraluminal
 - 6 Não localizado/ não descrito
 - 6 Peri-anal
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Ângulo esplênico
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Ângulo hepático
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Ceco
 - 6 Apêndice cecal
 - 5 Anormalidades nos demais órgãos abdominais
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Coleções líquidas fora das alças
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Vesícula seminal
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
- 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celiaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
- 6 Implantes metastático peritoneais
- 6 Massa tumoral retroperitoneal
- 6 Lesão osteolítica / metástase óssea
- 6 Massa inflamatória envolvendo cólon
- 6 Fistula aortoentérica
- 6 Massa hipervascularizada intra-abdominal
- 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ptose hepática
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos
 - 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
 - 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
 - 6 Cisto / abscesso sub-capsular
 - 6 Hepatomegalia
 - 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)
 - 6 Hemocromatose
 - 6 Esteatose difusa
 - 6 Síndrome de Budd-Chiari
 - 6 Esteatose focal
 - 6 Hematomas
 - 6 Abscessos
 - 6 Cistos
 - 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
 - 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Tumores(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Metástases múltiplas e difusas
 - 6 Localização não definida
 - 6 Ambos lobos hepáticos
 - 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
 - 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VIII
- 4 Intervencionista
 - 5 Drenagem de abscesso percutâneo
- 2 Ressonância Nuclear Magnética em Proctologia
 - 3 RNM abdominal e pélvica
 - 4 Não descrita / Sem laudo
 - 4 RNM Normal
 - 4 Achados Anormais na RNM abdominal e pélvica
 - 5 Anormalidades em cólons, reto e anus
 - 6 Inespecífica
 - 6 Aumento de espessura da parede de alças
 - 6 Descontinuidade da parede de alças (fistulas, divert.)
 - 6 Coleções supurativas relacionadas a alças
 - 6 Tumores intraluminais em continuidade com a parede
 - 6 Estreitamento luminal
 - 6 Fecaloma
 - 6 Volvo
 - 6 Calcificação parede intestinal
 - 6 Lesão vascularizadas em parede colônica
 - 6 Lesão de Esfínter Anal
 - 6 Não localizado
 - 6 Peri-anal
 - 6 Reto
 - 6 Sigmóide
 - 6 Cólon Descendente
 - 6 Ângulo esplênico
 - 6 Cólon Transverso
 - 6 Ângulo hepático
 - 6 Cólon ascendente
 - 6 Ceco
 - 6 Apêndice cecal
- 5 Anormalidades no fígado
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ptose hepática
 - 6 Hérnia diafragmática a direita
 - 6 Desproporção entre tamanhos dos lobos / segmentos
 - 6 Superfície nodular / micronodular / granulações
 - 6 Elevações grosseiras na superfície hepática
 - 6 Cisto / abscesso sub-capsular
 - 6 Hepatomegalia
 - 6 Fígado com dimensões reduzidas (cirrótico)

- 6 Hemocromatose
 - 6 Esteatose difusa
 - 6 Síndrome de Budd-Chiari
 - 6 Esteatose focal
 - 6 Hematomas
 - 6 Abscessos
 - 6 Cistos
 - 6 Tumor benigno primitivo (hemangioma)
 - 6 Tumor maligno primitivo (hepatocarcinoma)
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Tumores(s) maligno metastático
 - 7 Menor que 5 cm
 - 7 Maior que 5 cm
 - 6 Metástases múltiplas e difusas
 - 6 Localização não definida
 - 6 Ambos lobos hepáticos
 - 6 Lobo esquerdo
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento I
 - 7 Segmento II
 - 7 Segmento III
 - 7 Segmento IV
 - 6 Lobo direito
 - 7 Segmentos não definidos
 - 7 Segmento V
 - 7 Segmento VI
 - 7 Segmento VII
 - 7 Segmento VIII
 - 5 Anormalidades nos demais órgãos abdominais
 - 6 Inespecífica
 - 6 Ar fora das alças
 - 6 Coleções líquidas fora das alças
 - 6 Invasão tumoral para outros órgãos
 - 7 Órgão não especificado
 - 7 Vagina
 - 7 Útero
 - 7 Próstata
 - 7 Bexiga
 - 7 Ureter
 - 7 Alças de delgado
 - 7 Estômago
 - 7 Parede abdominal
 - 7 Outros
 - 6 Linfadenomegalias
 - 7 Cadeias inespecíficas
 - 7 Mesentérica inferior
 - 7 Mesentérica superior
 - 7 Hilar hepática
 - 7 Tronco celíaco
 - 7 Periaórtica
 - 7 Paravertebral
 - 6 Implantes metastático peritoneais
 - 6 Massa tumoral retroperitoneal
 - 6 Massa inflamatória envolvendo cólon
 - 6 Massa hipervascularizada intra-abdominal
- 2 Cintilografia em Proctologia
- 3 Detecção de Hemorragia Digestiva Aguda
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Localização não determinada
 - 4 Reto
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon Ascendente
 - 4 Cólon Transverso
 - 4 Cólon Descendente
 - 4 Ceco
 - 4 Intestino delgado
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Hemáceas marcadas com Cr51
 - 4 Sulfato coloidal de Tc 99m
 - 4 Hemáceas marcadas com Tc 99m
 - 3 Detecção de Divertículo de Meckel
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Pertecnetato de Tc 99m
 - 3 Detecção de perdas de proteínas
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Albumina marcadas com Cr51
 - 4 Ceruloplasmina marcada com Cu65
 - 3 Detecção da absorção de lipídios
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Azeite de Oliva marcado com I 131
 - 4 Trioloina marcada com I 131
- 4 Ácido oléico marcado com I 131
 - 3 Detecção de abscessos abdominais e de colopatias inflamatórias
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Citrato de Ga 67
 - 4 Leucócitos marcados com In 111
 - 3 Detecção de Hepatopatias e Metástases hepáticas
 - 4 Resultado não descrito / sem laudo
 - 4 Não detectável
 - 4 Positivo
 - 4 Local não definido
 - 4 Lobo hepático direito
 - 4 Lobo hepático esquerdo
 - 4 Ambos os lobos
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Sulfato coloidal de Tc 99m
 - 3 Cintilografia associada a tomografia (PET)
 - 2 Arteriografia mesentérica seletiva
 - 3 Afilamento vascular
 - 4 Artéria mesentérica superior
 - 4 Artéria mesentérica inferior
 - 3 Extravasamento de contraste (sangramento ativo)
 - 4 Cólon esquerdo
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Cólon direito
 - 3 Lesão vascular submucosa
 - 4 Cólon esquerdo
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Cólon direito
 - 3 "stop" vascular
 - 4 Artéria mesentérica superior
 - 4 Artéria mesentérica inferior
 - 3 Embolização arterial
 - 4 microcoil
 - 4 Partículas esponja gelatinosa
 - 4 Partículas polivinil álcool
 - 3 Infusão vasopressina/drogas vasoconstritoras
 - 3 Revascularização arterial
 - 4 Artéria mesentérica inferior
 - 4 Artéria mesentérica superior
- 1 TERAPÊUTICA EM PROCTOLOGIA
- 2 Medidas higienodietéticas em proctologia
 - 3 Não especificadas
 - 3 Fibras na dieta / sene / plantago / mucilagens / p
 - 3 Dieta pobre em fibra
 - 3 Aumento de líquidos na dieta
 - 3 Higiene local com água / evitar papel higiênico
 - 3 Banho de assento com água morna
 - 3 Banho de assento com permanganato de potássio
 - 3 Compressas com gelo / água fria
 - 3 Evitar bebida alcoólica / condimentos / cafeína
 - 3 Evitar leite e derivados
 - 3 Parar de fumar
 - 3 Tratamento da obesidade
 - 3 Repouso físico / atividades que traumatizem o perí
 - 3 Abstinência sexual / uso de preservativo
 - 3 Sonda naso-gástrica
 - 3 Supositórios de glicerina / bisacodil
 - 3 Enemas distais regulares
 - 3 Sonda retal
 - 3 Solução de Murphy via sonda retal
 - 3 Esvaziamento manual de fecaloma
 - 3 Plug anal (tampão)
 - 3 Biofeed back
 - 3 Terapia nutricional
 - 4 Enteral
 - 4 Parenteral
 - 5 Total
 - 5 Periférica
 - 2 Tratamento medicamentoso em proctologia
 - 3 Não descrito
 - 3 Laxantes orais
 - 3 Pomada / creme a base de anestésico tópico
 - 3 Supositório a base de anestésico
 - 3 Pomada / creme a base de antiinflamatório tópico
 - 3 Supositório a base de antiinflamatório
 - 3 Pomada / creme a base de corticóide tópico
 - 3 Supositório a base de corticóide
 - 3 Infiltração com corticóide intradérmico
 - 3 Pomada / creme a base de antifúngico tópico (imida
 - 3 Pomada / creme a base de antibiótico tópico
 - 3 Enema com anestésico endoanal
 - 3 Enema a base de corticóide
 - 3 Antiinflamatório não hormonal sistêmico via oral / via parenter
 - 3 Anti-histaminico sistêmico via oral / via parenter
 - 3 Cumarina - troxerutina via oral
 - 3 Diosmina via oral
 - 3 Loperamida via oral
 - 3 Difenoxilato-atropina via oral
 - 3 Sulindac via oral
 - 3 Corticoesteróide orais

- 3 Estrógenos e progestágenos
- 3 Colchicina
- 3 Octreotida
- 3 Maleato trimetoprim
- 3 Alosetron
- 3 Cilansetron
- 3 Bromoprida
- 3 Tegaserod
- 3 Polícarbófil cálcio
- 3 PHGG (goma guar parcialmente hidrolizada)
- 3 Antidepressivos tricíclicos
- 2 Hemoterapia
 - 3 Concentrado de hemácias
 - 4 Volume indeterminado
 - 4 Número de unidades
 - 3 Plasma
 - 4 Volume indeterminado
 - 4 Número de unidades
 - 3 Outros
- 2 Utilização de Antibioticoterapia / antibioticoprofilaxia
 - 3 Utilizado Antibioticoprofilaxia
 - 4 Início 6 a 12 horas antes do procedimento
 - 4 Início próximo ao início do procedimento
 - 4 Antibiótico não descrito
 - 4 Cefalosporina 1ª geração
 - 4 Cefalosporina 2ª geração
 - 4 Cefalosporina 3ª geração
 - 4 Aminoglicosídeo
 - 4 Metronidazol
 - 4 Penicilinas
 - 4 Quinolonas
 - 4 Outros
 - 3 Utilizada Antibioticoterapia
 - 4 Antibiótico não descrito
 - 4 Cefalosporina 1ª geração
 - 4 Cefalosporina 2ª geração
 - 4 Cefalosporina 3ª geração
 - 4 Cefalosporina 4ª geração
 - 4 Cloranfenicol
 - 4 Tiamfenicol
 - 4 Doxiciclina
 - 4 Aminoglicosídeo
 - 4 Metronidazol
 - 4 Penicilinas
 - 4 Aminopenicilinas
 - 4 Quinolona
 - 4 Ampicilina/subactam
 - 4 Vancomicina
 - 4 Macrolídeo
 - 4 Carbapenênicos
 - 4 Sulfonamida
 - 4 Sulfametoxazol-trimetoprim
 - 4 Tetraciclina
 - 4 Outros
 - 3 Antifúngicos
 - 4 Nistatina
 - 4 Itraconazol
 - 4 Cetoconazol
 - 4 Fluconazol
 - 4 Terbinafina
 - 4 Griseofulvina
 - 4 Anfotericina B
 - 4 Outros
 - 3 Tratamento da tuberculose
 - 4 Rifampicina
 - 4 Isoniazida
 - 4 Pirazinamida
 - 4 Etambutol
- 2 Tratamento de Parasitoses Intestinais
 - 3 Não descrito
 - 3 Benzoato de benzila
 - 3 Metronidazol
 - 3 Sulfametoxazol-trimetoprim
 - 3 Albendazol
 - 3 Mebendazol
 - 3 Secnidazol
 - 3 Tinidazol
 - 3 Tiabendazol
 - 3 Praziquantel
 - 3 Cambendazol
 - 3 Levamisol
 - 3 Pamoato de Pirantel
 - 3 Pamoato de Pirvinio
 - 3 Oxipirantel
 - 3 Oxaminiquine
 - 3 Paromomicina
 - 3 Furazolidona
 - 3 Ivermectina
 - 3 Clorossalicilamida
 - 3 Niclosamida
- 2 Tratamento com procedimentos não cirúrgico na Doença Hemorroidária
 - 3 Ligadura Elástica
 - 4 Ligadura única por sessão
 - 4 Ligaduras múltiplas por sessão
 - 4 Sessão única
 - 4 Múltiplas sessões
 - 5 2 sessões
 - 5 3 sessões
 - 5 mais que 3 sessões
 - 4 Complicação da ligadura elástica
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Sutura de ligadura
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Sepsis / Síndrome de Fournier
- 3 Escleroterapia
 - 4 Não descrita
 - 4 Fenol 5%
 - 4 Outro esclerosante
 - 4 Aplicação única
 - 4 Aplicação múltipla
 - 4 Complicação da escleroterapia
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Dor em queimação
 - 5 Hemorragia
 - 5 Trombose hemorroidária
 - 5 Abscesso / bacteremia
 - 5 Parafinoma
 - 3 Fotocoagulação (Raio infra-vermelho)
 - 4 Não descrita
 - 4 Número máximo de pulsos por mamilo hemorroidário
 - 5 4 pulsos
 - 5 5 pulsos
 - 5 6 pulsos
 - 5 7 pulsos
 - 5 8 pulsos
 - 5 Mais que 8 pulsos
 - 4 Número de sessões
 - 5 1 sessão
 - 5 2 sessões
 - 5 3 sessões
 - 5 Mais que 3 sessões
 - 4 Intervalo das sessões
 - 5 Menor que 1 semana
 - 5 1 semana
 - 5 2 semanas
 - 5 Maior que 2 semanas
 - 4 Complicações da fotocoagulação
 - 5 Desconforto local / pressão local / vontade de evacuar
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
 - 3 Diatermia bipolar (BICAP)
 - 4 Não descrito
 - 4 Complicações do BICAP
 - 5 Desconforto local / pressão local / dor leve local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Ultroid
 - 4 Não descrito
 - 4 Complicações do Ultroid
 - 5 Intolerância ao procedimento (demorado)
 - 5 Desconforto local / pressão local / dor leve local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)
 - 5 Úlcera / fissura
 - 5 Trombose hemorroidária externa
 - 5 Abscesso / sepsis
- 3 Crioterapia
 - 4 Não descrito
 - 4 Nitrogênio líquido
 - 4 Óxido nítrico
 - 4 Uso de anestésico local
 - 5 Sim
 - 5 Não
 - 4 Complicações da crioterapia
 - 5 Desconforto local / pressão local
 - 5 Dor severa
 - 5 Hemorragia
 - 6 Leve / moderada
 - 6 Severa (transfusão / intervenção)

- 5 Não cicatrização após a terceira semana
- 5 Úlcera / fissura
- 5 Trombose hemorroidária externa
- 5 Abscesso / sepsis
- 3 Dilatação Anal (Lord)
 - 4 Não descrito
 - 4 Uso de dilatador complementar posteriormente
 - 4 Complicações da dilatação
 - 5 Desconforto local / dor leve
 - 5 Dor severa
 - 5 Hematoma perianal
 - 5 Incontinência
 - 6 Incontinência parcial temporária
 - 6 Incontinência definitiva
 - 3 Infiltração com hialuronidase na trombose hemorroidária
- 2 Tratamento cirúrgico da Doença Hemorroidária
 - 3 Posicionamento do paciente para cirurgia ano-retal
 - 4 Não descrito
 - 4 Posição de Litotomia
 - 4 Posição de Buie (decúbito dorsal)
 - 4 Posição de Sims (decúbito lateral)
 - 3 Excisão de hemorroida externa trombosada / trombectomia
 - 3 Hemorroidectomia cirúrgica
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Hemorroidectomia aberta
 - 5 Técnica de Miligan-Morgan
 - 5 Técnica de Ruiz-Moreno
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia semi-fechada
 - 5 Técnica de Rene-Obano
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia fechada
 - 5 Técnica de Ferguson
 - 5 Técnica de Sokol
 - 5 Técnica de Parks
 - 5 Técnica de Whitehead
 - 5 Outra técnica
 - 4 Hemorroidectomia com LASER
 - 5 Tipo não descrito
 - 5 Laser CO2
 - 5 Laser Nd:YAG
 - 5 Laser Argônio
 - 4 Hemorroidectomia com uso de Diatermia
 - 4 Hemorroidectomia por Grampeamento (pph)
 - 3 Esficterotomia associada a hemorroidectomia
- 2 Tratamento Cirúrgico de Hematoma Perianal
 - 3 Não descrito
 - 3 Fechamento por 1º intensão
 - 3 Fechamento por 2º intensão
- 2 Tratamento da Fissura Anal
 - 3 Tratamento Clínico específico da Fissura Anal
 - 4 Nitratos
 - 5 Nitroglicerina tópica
 - 5 Gliceril Trinitato tópica
 - 5 Dinitrato de isossorbida tópico
 - 5 Nitrato via oral
 - 5 Cefaléia associada ao uso de nitratos
 - 5 Hipotensão ortostática associada ao uso de nitrato
 - 4 Nifedipina
 - 4 Indoramina
 - 4 Toxina Botulínica
 - 5 Quantidade não descrita
 - 5 5 unidades
 - 5 10 unidades
 - 5 15 unidades
 - 5 20 unidades
 - 5 Mais que 20 unidades
 - 3 Escleroterapia
 - 3 Crioterapia
 - 3 Dilatação anal
 - 3 Tratamento Cirúrgico da Fissura Anal
 - 4 Esfincterotomia lateral interna
 - 4 Esfincterotomia posterior
 - 4 Fistulectomia associada a esfinterotomia
- 2 Tratamento cirúrgico da Papilite Hipertrófica (crônica)
 - 3 Ressecção cirúrgica
 - 4 Não descrita
 - 4 Bisturi elétrico
 - 4 Bisturi a laser
- 2 Ressecção cirúrgica da Criptite
 - 3 Não descrita
 - 3 Exérese cirúrgica da criptite
- 2 Tratamento cirúrgico do Abscesso Anorretoperineal
 - 3 Não descrito
 - 3 Drenagem perianal simples
 - 3 Drenagem perianal associada a fistulectomia primár
 - 3 Drenagem perianal associada a esficterotomia inte
 - 3 Drenagem interna para o reto (abscesso supra-elevad
 - 3 Associação a colostomia
- 2 Localização cirúrgica da Fistula Anorretal
 - 3 Identificação do orifício interno
 - 4 Não descrito
 - 4 Pelo extravasamento de pús
- 4 Utilização de água oxigenada / corantes / solução
- 4 Ao nível da cripta (linha deteada)
- 4 Acima da linha denteada
- 4 Abaixo da linha denteada
- 4 Não localizado
- 4 Posterior
- 4 Anterior
- 4 Lateral Direita
- 4 Lateral Esquerda
- 4 Antero-lateral Direita
- 4 Postero-lateral Direita
- 4 Antero-lateral Esquerda
- 4 Postero-lateral Esquerda
- 3 Orifícios Fistulosos externo
 - 4 Não descrito
 - 4 Único
 - 4 Múltiplos
 - 4 Não localizado
 - 4 Posterior
 - 4 Anterior
 - 4 Lateral Direita
 - 4 Lateral Esquerda
 - 4 Antero-lateral Direita
 - 4 Postero-lateral Direita
 - 4 Antero-lateral Esquerda
 - 4 Postero-lateral Esquerda
- 3 Classificação antômica da Fistula perianal
 - 4 Simples
 - 4 Complexa
 - 4 "Em ferradura"
 - 4 Sub-mucosa
 - 4 Interesfincteriana
 - 4 Transesfincteriana
 - 4 Supra-esfincteriana
 - 4 Extra-esfincteriana
- 3 Fistula retovaginal
 - 4 Fistula não localizada
 - 4 Fistula baixa (anal)
 - 4 Fistula média (reto distal)
 - 4 Fistula alta (reto proximal)
- 3 Fistula vesicorretal
 - 4 Fistula não localizada
 - 4 Fistula baixa (anal)
 - 4 Fistula média (reto distal)
 - 4 Fistula alta (reto proximal)
- 2 Tratamento da Fistula Perianal
 - 3 Reparo químico / biológico
 - 4 Metacrilato / cianoacrilato
 - 4 Cola de fibrina
 - 3 Fistulotomia
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Fistulotomia primária (tempo único)
 - 4 Reparo esfinteriano no trajeto (dois tempos)
 - 5 Não descrito
 - 5 Fios inabisoríveis
 - 5 Dreno de Penrose
 - 5 Outro dreno de borracha
 - 5 Frouxo
 - 5 Cortante
 - 4 Drenagem dos trajetos secundários (complexas)
 - 4 Abertura dos trajetos secundários (complexas)
 - 4 Esficteroplastia primária
 - 4 Marsupialização
 - 4 Fechamento do trajeto de forma primária
 - 3 Fistulectomia
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Fechamento do orifício interno por sutura trans-an
 - 4 Fechamento do orifício interno via transesfictéria
 - 4 Fechamento do orifício interno com retalho mucoso
 - 4 Fechamento do orifício interno com retalho cutâneo
 - 4 Reconstrução primária
 - 3 Drenagem com reparo de longa permanência
 - 3 Colostomia protetora (temporária)
 - 3 Colostomia permanente
 - 3 Abordagem cirúrgica por outras técnicas (abdominal
 - 3 Ressecção ano-retal
- 2 Tratamento de Fistula Retovaginal e Vesicorretal
 - 3 Uso de Cola de Fibrina
 - 3 Tratamento cirúrgico não descrito
 - 3 Fistulectomia transvaginal / fechamento por planos
 - 3 Fistulotomia simples (perineal)
 - 3 Fistulotomia associada a anoplastia (perineal)
 - 3 Fistulectomia transesfincteriana
 - 3 Fistulectomia transanal / reconstrução por planos
 - 3 Fistulectomia transsacral / reconstrução por plano
 - 3 Fistulectomia via abdômina / interposição
 - 3 Fechamento trajeto fistuloso via abdominal / interposição
 - 3 Interposição de segmento colônico saudável no trajeto
 - 3 Ressecção retal
 - 3 Colostomia temporária
 - 3 Colostomia permanente
- 2 Tratamento da Incontinência Anal
 - 3 Tratamento não cirúrgico

- 4 Biofeedback
 - 5 Período indefinido
 - 5 Período menor que 1 mês
 - 5 Período entre 1 e 2 meses
 - 5 Período maior que 2 meses
- 4 Estimulação elétrica esfinteriana
 - 5 Estimulo intra-anal
 - 5 Estimulo dos nervos sacrais
- 4 "Balão" intra-anal
- 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Não descrito
 - 4 Reparo da ruptura esfinteriana
 - 4 Esfinteroplastia anterior com reconstrução perine
 - 4 Reparo pós-anal do assoalho pélvico (Parks)
 - 4 Transposição muscular
 - 5 Graciloplastia
 - 5 Graciloplastia dinâmica (estimulo elétrico)
 - 5 Transposição glúteo máximo
 - 4 Cerclagem anal
 - 4 Implante de esfíncter artificial
 - 4 Criação de conduto para irrigação colônica
 - 5 Via apêndice cecal / cecostomia
 - 5 Via colostomia continente com válvula
 - 4 Colostomia temporária
 - 4 Colostomia permanente
- 2 Tratamento cirúrgico do Prolapso e da Procidência Retal
 - 3 Não descrito
 - 3 Cirurgias perineais
 - 4 Cirurgia de Lockhart-Mummary
 - 4 Hemorroidectomia à Ferguson
 - 4 Cerclagem de Thiersch
 - 4 Cirurgia de Notaras (cerclagem com fita de Dacron)
 - 4 Cirurgia de Delormé
 - 4 Retossigmoidectomia perineal de Altmeier
 - 4 Reparo de retocela transanal
 - 3 Cirurgias abdominais
 - 4 Retopexia suturada
 - 4 Retopexia com tela / reparo de Ripstein
 - 4 Cerclagem com esponja de Ivalon (Wells)
 - 4 Reparo de Frykman-Goldberg / sigmoidectomia
 - 4 Retossigmoidectomia abdominal (ressecção anterior)
 - 4 Cirurgia videolaparoscópica
 - 5 Retossigmoidectomia
 - 5 Retopexia
 - 6 sem tela
 - 6 com tela
 - 3 Cirurgia abdominoperineal
 - 4 Duhamell-Haddad
- 2 Tratamento da Estenose Anal
 - 3 Dilatação anal
 - 4 Digital
 - 4 Dilatadores plástico / metálico
 - 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Não descrito
 - 4 Esfínterectomia anal / ressecção da fibrose
 - 4 Anoplastia com retalho cutâneo
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 Plástica em "Y-V" (Ramanujan)
 - 5 Plástica com avanço de retalho (Rosen)
 - 5 Plástica do retalho "caseiro" (Christensen)
 - 5 Plástica em "C" (Oh-Zinberg)
 - 5 Plástica em "S" (Ferguson)
 - 5 Retalho posterior (Sarner)
 - 5 Retalho "insular em U" (Pearl)
 - 5 Retalho em "diamante" (Caplin-Kodner)
 - 5 Retalho do pudendo interno
 - 4 Anoplastia com retalho mucoso / abaixamento mucoso
 - 4 Retalho misto (Reis Neto)
- 2 Tratamento específico nas Doenças Dermatológicas Perianais
 - 3 Afastar agentes irritantes (dermatite de contato /
 - 3 Psoralenos (oral / tópico)
 - 3 Tratamento PUV-A (tópico)
 - 3 Monobenzileter de hidroquinona (tópico)
 - 3 Ácido nicotínico (tópico)
 - 3 Ácido salicílico (tópico)
 - 3 Ácido retinóico (tópico)
 - 3 Ácido tricloroacético (tópico)
 - 3 Coalta (tópico)
 - 3 Líquor carbonis detergens (tópico)
 - 3 Talco a base de ácido bórico / óxido de zinco / Al
 - 3 Antralina (tópico)
 - 3 Aciclovir (oral / parenteral)
 - 3 Valaciclovir (oral)
 - 3 Famciclovir (oral)
 - 3 Dapsona (oral)
 - 3 Azatioprina (oral)
 - 3 Ciclofosfamida (oral)
 - 3 Metotrexate (oral)
 - 3 Etreinato (oral)
 - 3 Ciclosporina (oral)
 - 3 Estrogênios (oral)
 - 3 Vitamina A (oral)
 - 3 Vitamina D (oral)
- 3 Curetagem da lesão / aplicação de Iodo
- 3 Compressa com água boricada / bicarbonada
- 3 Exérese cirúrgica da lesão
- 2 Tratamento cirúrgico específico para Prurido Anal
 - 3 Injeções Subcutâneas perianais
 - 4 Soluções oleosas anestésicas
 - 4 Soluções de azul-de-metileno
 - 4 Solução de fenol em óleo de amêndoa
 - 4 Soluções alcólicas
 - 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Técnica com neurotomia superficial simples
 - 4 Técnica com incisões radiais / circulares perianais
 - 4 Técnicas com utilização de retalhos
- 2 Tratamento do Condiloma Anal Acuminado
 - 3 Podofila
 - 3 Ácidos cáusticos (bi/tricloroacético)
 - 3 Crioterapia
 - 4 Protóxido de azoto
 - 4 Nitrogênio
 - 3 5-Fluorouracil
 - 3 Interferon
 - 4 Tópico
 - 4 Intralesional
 - 4 Sistêmico
 - 3 Imunoterapia (vacina autógena)
 - 3 Eletrocoagulação
 - 3 Laserterapia
 - 4 Dióxido de Carbono
 - 4 ND:YAG
 - 3 Excisão cirúrgica
- 2 Tratamento da Doença Pilonidal Sacrococcígea
 - 3 Tricotomia regional
 - 3 Injeção de fenol / iodoformio (fase crônica)
 - 3 Drenagem simples de abscesso (fase aguda)
 - 3 Drenagem de abscesso com curetagem (fase aguda)
 - 3 Incisão do cisto com curetagem (fase crônica)
 - 3 Incisão do cisto, curetagem e marsupialização (fas
 - 3 Técnica de Bascon - desbridamento lateral (fase cr
 - 3 Ressecção radical do cisto (fase crônica)
 - 4 Deixando ferida aberta
 - 4 Marsupialização
 - 4 Fechamento primário simples
 - 4 Fechamento primário com retalho
 - 5 Cutâneo
 - 5 Fascio-cutâneo
 - 5 Mio-cutâneo
 - 3 Criocirurgia
- 2 Tratamento cirúrgico da Hidradenite Supurativa Perianal
 - 3 Incisão e curetagem
 - 3 Excisão com Fechamento Primário
 - 3 Excisão com Cicatrização por Segunda Intensão / marsupialização
 - 3 Excisão com enxerto
 - 3 Excisão com rotação de retalho
 - 3 Colostomia temporária
- 2 Tratamento do Trauma Proctológico / Corpo Estranho
 - 3 Localização cirúrgica da lesão colônica
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon descendente
 - 4 Ângulo esplênico
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Ângulo hepático
 - 4 Cólon ascendente
 - 4 Ceco
 - 3 Localização cirúrgica da lesão anorretal
 - 4 Perfuração intraperitoneal
 - 4 Perfuração retroperitoneal
 - 4 Perfuração sub-peritoneal
 - 4 Perfuração incompleta
 - 4 Lesões perineais / esfínterianas
 - 4 Lesões associadas
 - 5 Bexiga
 - 5 Uretra
 - 5 Órgãos genitais
- 3 Tratamento cirúrgico do Trauma Anorretoperineal
 - 4 Abortagem por laparotomia
 - 4 Abordagem perineal
 - 4 Desbridamento da lesão
 - 4 Drenagem externa da lesão
 - 4 Rafia primária da lesão anal / perianal / perineal
 - 4 Reparo primário da lesão esfinteriana
 - 4 Rafia primária da lesão retal
 - 4 Drenagem do espaço pré-sacral
 - 4 Lavagem distal do reto
 - 4 Colostomia protetora
- 3 Tratamento cirúrgico do Trauma Colônico
 - 4 Via de acesso
 - 5 Laparotomia
 - 5 Laparoscopia
 - 5 Vídeo-assistida
 - 4 Tipo de procedimento
 - 5 Rafia primária da lesão
 - 5 Reparo exteriorizado do cólon

- 5 Ressecção segmentar + anastomose primária
- 5 Colectomia parcial
 - 6 Esquerda
 - 6 Transverso
 - 6 Direita
- 5 Colostomia no local da lesão (em alça)
- 5 Colostomia ou ilioestomia protetora de anastomose primária
- 5 Colostomia em 2 bocas
- 5 Cirurgia de Hartmann
- 5 Colectomia total
- 3 Remoção manual do corpo estranho
 - 4 Simples
 - 4 Uso de sonda com balonete
 - 4 Aparelho de sucção
 - 4 Extração com fórceps
- 3 Remoção por anus / retossigmoidoscopia ou colonoscopia do objeto
- 3 Remoção cirúrgica do corpo estranho
 - 4 Via de acesso
 - 5 Laparotomia
 - 5 Laproscopia
 - 4 Tipo de procedimento
 - 5 Ordenha de material impactado (corpo estranho)
 - 5 Colotomia + extração
 - 5 Rafia de perfuração cólonica
 - 5 Colectomia parcial
 - 5 Colectomia total
 - 5 Secção de esfíncter anal externo/interno
 - 5 Apendicectomia
 - 5 Colostomia
- 3 Arteriografia com embolização
- 2 Tratamento específico para as Doenças Inflamatórias Intestinais
 - 3 Dieta enteral
 - 3 Glutamina
 - 3 NPT
 - 3 Octeotida / somatostatina
 - 3 Ômega-3
 - 3 Ansiolíticos (benzodiazepínicos e outros)
 - 3 Anti-depressivos (Tricíclicos / fluoxetina e outro)
 - 3 ACTH
 - 3 Sulfassalazina via oral
 - 3 Mesalazina (5-ASA)
 - 4 Via oral
 - 4 Supositório
 - 4 Enema
 - 3 Olsalazina
 - 3 Azatioprina
 - 3 6-Mercaptopurina
 - 3 Metotrexato
 - 3 Ciclosporina
 - 3 Zileuton
 - 3 Infliximab
 - 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Indicação da cirurgia
 - 5 Intratabilidade clínica (eletiva)
 - 5 Malignização - displasia ou cancro (eletiva)
 - 5 Colite fulminante com choque endotóxico
 - 5 Hemorragia
 - 5 Perfuração / peritonite / abscesso
 - 5 Obstrução intestinal
 - 4 Via cirúrgica
 - 5 Laparotomia
 - 5 Laproscopia
 - 5 Vídeo-assistido
 - 4 Colectomia total
 - 5 Isolamento retal (colectomia com ilioestomia)
 - 5 Ileorreatoanastomose término-terminal ou término-lateral
 - 5 Ileorreatoanastomose com "Pouch" ileal
 - 6 Tipo de bolsa ileal não descrita
 - 6 Bolsa Ileal em "L" (Fonkalrud)
 - 6 Bolsa Ileal em "J" (Utsonomiya et al.)
 - 6 Bolsa Ileal em "S" ou "W" (Parks & Nicholls)
 - 6 Bolsa Ileal em "B" (Slors)
 - 6 Outras formas
 - 4 Proctocolectomia total
 - 5 Amputação abdomino-perineal (Miles)
 - 5 Ileoestomia continente
 - 5 Ileoestomia permanente
 - 5 Anastomose ileo-anal
 - 6 Término-terminal
 - 6 "Pouch" ileal
 - 7 Tipo de bolsa ileal não descrita
 - 7 Bolsa Ileal em "L" (Fonkalrud)
 - 7 Bolsa Ileal em "J" (Utsonomiya)
 - 7 Bolsa Ileal em "S" ou "W" (Parks & Nicholls)
 - 7 Bolsa Ileal em "B" (Slors)
 - 7 Outras formas
 - 4 Mucosectomia retal
 - 4 Proctectomia
 - 4 Colectomia parcial
 - 4 Ileoestomia ou colostomia descompressiva
 - 4 Fistula mucosa
 - 4 Enterectomia segmentar
 - 4 Plastia de estenose intestinal
- 4 Drenagem de abscesso
- 2 Tratamento específico da Retocolite Actínica
 - 3 Formalina 4% (enema)
 - 3 Laserterapia (Nd:YAG)
 - 3 Eletrocoagulação bipolar
 - 3 Oxigenioterapia hiperbárica
 - 3 Argônio
 - 3 Tratamento cirúrgico
 - 4 Proctocolectomia anterior com anastomose baixa
 - 4 Proctocolectomia trans-sacral com anastomose baixa
 - 4 Proctocolectomia com mucosectomia e anastomose cólon-anal (Parks)
 - 4 Proctocolectomia de Parks em dois tempos
 - 4 Proctocolectomia com anastomose ileo-anal com reservat
 - 4 Duhamel modificado para estenose retal
 - 4 Cirurgia de Bricker
 - 4 Colectomia direita
 - 4 Colectomia esquerda
 - 4 Colectomia total
 - 4 Ileoestomia temporária
 - 4 Colostomia temporária
 - 4 Colostomia definitiva
 - 4 Cirurgia de Miles
- 2 Tratamento das Doenças do Apêndice
 - 3 Clínico conservador
 - 3 Intervencionista com drenagem percutânea de abscesso periapendicular
 - 3 Cirúrgico
 - 4 Via de acesso
 - 5 Laparotomia
 - 6 Incisão de McBurney
 - 6 Incisão de Rockey-Davis
 - 6 Incisão de Stropeni
 - 6 Incisão mediana
 - 6 Incisão para-mediana (pararretal)
 - 5 Laparoscópica
 - 4 Tipo de cirurgia
 - 5 Apendicectomia
 - 6 Ligadura simples do coto apendicular
 - 6 Confeção da "bolça de tabaqueiro"/ Parker-Kerh
 - 5 Apendicectomia + ooforectomia + omentectomia
 - 5 Hemicolectomia direita
 - 6 Reconstrução primária
 - 6 Ostomias
 - 5 Hepatectomia
 - 5 Relaparotomias
- 2 Tratamento do Megacólon
 - 3 Endoscópico
 - 4 Descompressão cólonica de volvo
 - 3 Cirúrgico
 - 4 Esvaziamento cirúrgico de fecaloma
 - 4 Distorção volvo sigmóide via laparotomia
 - 4 Anorretomiotomia
 - 4 Ostomia derivativa
 - 5 Colostomia em alça
 - 5 Colostomia com fistula mucosa (Mickulicz)
 - 5 Ileoestomia
 - 6 Em alça
 - 6 Terminal
 - 4 Cirurgia de Hartmann
 - 4 Colectomia total
 - 4 Hemicolectomia esquerda
 - 4 Sigmoidectomia
 - 4 Retossigmoidectomia
 - 4 Cirurgia de Duhamel-Haddad
 - 5 Em único tempo (grampeador)
 - 5 Em 2 tempos (clássica)
 - 4 Anastomose colorretal baixa
 - 4 Anastomose colorretal alta
 - 4 Anastomose iliorretal
 - 4 Anastomose coloanal (Simonsen)
 - 4 Anastomose colocolônica
- 2 Tratamento cirúrgico dos Transtornos Vasculares em Proctologia
 - 3 Colectomia segmentar
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon esquerdo
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Cólon direito
 - 3 Colectomia total
 - 3 Retossigmoidectomia anterior
 - 3 Amputação abdominoperineal
 - 3 Cirurgia de Hartmann
 - 3 Ostomia
 - 3 Revascularização arterial
 - 4 Artéria mesentérica inferior
 - 4 Artéria mesentérica superior
- 2 Tratamento cirúrgico Obstrução e Pseudo-obstrução
 - 3 Ordenha de material impactado (bezoar, corpo estranho, fecaloma)
 - 3 Colostomia descompressiva
 - 3 Ilioestomia descompressiva
 - 3 Colectomia segmentar
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon esquerdo
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Cólon direito

- 3 Colectomia total
- 3 Retossigmoidectomia anterior
- 3 Cirurgia de Hartmann
- 3 Fistula mucosa
- 2 Tratamento cirúrgico da Doença Diverticular
 - 3 Via de acesso
 - 4 Laparotomia
 - 4 Laparoscopia
 - 4 Vídeo-assistida
 - 3 Sigmoidectomia
 - 3 Colectomia esquerda
 - 3 Colectomia direita
 - 3 Colectomia total
 - 3 Anastomose primária
 - 3 Cirurgia de Hartmann
 - 3 Colostomia e fistula mucosa
 - 3 Colostomia ou ileostomia protetora
 - 3 Cola biológica na lesão
- 2 Tratamento cirúrgico da Síndrome Intestino Irritável e Transt. Funcionais
 - 3 Colectomia parcial com anastomose primária
 - 3 Colectomia total
 - 4 Ileorretoanastomose
 - 4 Bolsa ileal
 - 4 Ileostomia
 - 3 Ostomia
 - 4 Colostomia em alça
 - 4 Colostomia com fistula mucosa
 - 4 Ileostomia em alça
 - 3 Cirurgia de Hartmann
 - 3 Cirurgia de Duhamel-Haddad
 - 3 Reparo de retocele
 - 3 Miotomia longitudinal colônica
 - 3 Secção parcial do músculo puborretal
- 2 Tratamento cirúrgico da Hemorragia Digestiva Baixa
 - 3 Colectomia total
 - 3 Colectomia direita
 - 3 Colectomia esquerda
 - 3 Cirurgia de Hartmann
- 2 Tratamento de Pólipos e Neoplasias Benignas em proctologia
 - 3 Polipectomia Endoscópica
 - 4 Técnica não descrita
 - 4 Hot biopsy
 - 4 Biopsia fria
 - 4 Excisão com alça sem eletrocoagulação
 - 4 Eletrocoagulação com alça
 - 3 Colotomia e polipectomia por laparotomia
 - 3 Excisão Transanal
 - 4 Excisão convencional
 - 5 Bisturi elétrico
 - 5 Bisturi "frio"
 - 5 Grampeador
 - 5 Mucosectomia retal
 - 4 Eletrocoagulação
 - 4 Laserterapia
 - 4 TEM (Microcirurgia Transendoscópica)
 - 3 Excisão / Ressecção Transcoccigiana (Kraske)
 - 3 Excisão Interesfcteriana anterior
 - 3 Tratamento cirúrgico para Poliposes Familiares
 - 4 Proctocolectomia com ileostomia definitiva / bolça
 - 4 Colectomia total com ileo-retro anastomose
 - 4 Reto-colectomia com anastomose ileo-anal
 - 4 Reto-colectomia com anastomose bolça ileal-anal
- 2 Achados cirúrgicos no Câncer colorretal
 - 3 Ascite
 - 3 Altura do tumor
 - 4 Indeterminado / não descrito
 - 4 Provavelmente reto
 - 4 Reto alto
 - 4 Sigmóide
 - 4 Cólon descendente
 - 4 Ângulo esplênico
 - 4 Cólon transverso
 - 4 Ângulo hepático
 - 4 Cólon ascendente
 - 4 Ceco
 - 4 Apêndice cecal
 - 3 Aspecto macroscópico do tumor
 - 4 Não descrito
 - 4 Polipóides / vegetantes
 - 4 Vegetantes / ulcerados
 - 4 Pólipos carcinomatosos
 - 4 Cirróticos / infiltrativos / estenóticos
 - 4 Mucosos
 - 4 Vilosos / papilares
 - 3 Tumor fixo
 - 3 Invasão tumoral
 - 4 Vagina
 - 4 Útero
 - 4 Ovário
 - 4 Bexiga
 - 4 Ureter
 - 4 Estômago
 - 4 Duodeno
- 4 Pâncreas
- 4 Vesícula biliar ou fígado
- 4 Parede abdominal
- 4 Delgado
- 4 Rim
- 4 Baço
- 4 Grandes vasos
- 4 Outros órgãos
- 3 Adenopatia
 - 4 Pré-sacral
 - 4 Pericolônica
 - 4 Mesocólon
 - 4 Raiz do vaso mesentérico
 - 4 Para-aórtica ou supramesocólica
- 3 Metástase
 - 4 Peritoneal
 - 4 Hepática
 - 4 Outros órgãos
- 3 Tumor com perfuração
 - 4 Abscesso localizado
 - 4 Peritonite difusa
- 2 Tratamento cirúrgico do Câncer colorretal
 - 3 Caráter do procedimento
 - 4 Eletivo
 - 4 Urgência
 - 4 Curativo
 - 4 Paliativo
 - 3 Colostomia ou ileostomia derivativa simples
 - 4 Terminal
 - 4 Em alça
 - 4 Dupla boca
 - 4 Ostomia e fistula mucosa
 - 5 Ranke
 - 4 Protetora
 - 3 Ressecções locais
 - 4 Polipectomia Endoscópica
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 Hot biopsy
 - 5 Biopsia fria
 - 5 Excisão com alça sem eletrocoagulação
 - 5 Eletrocoagulação com alça
 - 4 Excisão Transanal
 - 5 Excisão convencional
 - 6 Bisturi elétrico
 - 6 Bisturi "frio"
 - 6 Grampeador
 - 6 Mucosectomia retal
 - 5 Eletrocoagulação
 - 5 Laserterapia
 - 5 TEM (Microcirurgia Transendoscópica)
 - 4 Excisão / Ressecção Transcoccigiana (Kraske)
 - 4 Excisão Interesfcteriana anterior
 - 3 Apendicectomia
 - 3 Sigmoidectomia
 - 3 Ressecção abdominal anterior - Retossigmoidectomia
 - 3 Amputação abdominoperineal com colostomia definitiva (Miles)
 - 3 Ressecção abominoendoanal (Retossigmoidectomia total)
 - 3 Proctocolectomia total
 - 3 Hemicolectomia esquerda
 - 3 Hemicolectomia direita
 - 3 Colectomia total
 - 3 Transversectomia
 - 3 Tipo de reconstrução
 - 4 Reconstrução primária
 - 5 Colo-colônica
 - 5 Colorretal alta
 - 5 Colorretal baixa
 - 5 Coloanal
 - 5 Ílio-colônica
 - 5 Íliorretal
 - 5 Ílio-anal
 - 5 Bolsa íliol-anal
 - 4 Ostomias derivativas
 - 5 Protetora de anastomose primária
 - 6 Colostomia
 - 6 Ileostomia
 - 5 Cirurgia de Hartmann
 - 5 Ostomia em dupla boca
 - 6 Estoma único
 - 6 Estomas separados
 - 7 Fistula mucosa na cicatriz cirúrgica (Rankin)
 - 3 Cirurgia alargada / associada
 - 4 Histerectomia
 - 4 Ooforectomia
 - 4 Salpingectomia
 - 4 Colpectomia
 - 4 Cistectomia
 - 4 Ureterectomia
 - 5 Iatrogênica
 - 4 Prostatectomia
 - 4 Enterectomia
 - 4 Hepatectomia
 - 5 Esquerda

- 5 Direita
 - 5 Segmentar
 - 5 Ressecção em cunha de lesão hepática
 - 4 Gastrectomia
 - 4 Esplenectomia
 - 4 Pancrreatectomia
 - 4 Colectectomia
 - 3 Passagem cirúrgica de endoproteze
 - 3 Reoperação
 - 4 Número de reoperações
 - 4 Sepsis abdominal
 - 4 Sangramento
 - 4 Obstruções
 - 4 Ressíntese de parede
 - 4 Outras causas
- 2 Tratamento cirúrgico do Câncer de Anus e Canal Anal
 - 3 Imunoablação tópica
 - 3 Criocirurgia
 - 3 Laserterapia
 - 3 Ressecção Local com margem de segurança
 - 3 Esvaziamento iniquinal radical
 - 3 Amputação abdominoperineal com colostomia definiti
 - 3 Miles com ressecção alargada da pele do períneo
 - 3 Colostomia
 - 3 Reoperação / cirurgia após recidiva
- 2 Quimioterapia / Radioterapia do Câncer em proctologia
 - 3 Quimioterapia neo-adjuvante (pré-operatória)
 - 3 Quimioterapia adjuvante (pós-operatória)
 - 4 Tempo (meses)
 - 3 Quimioterapia na doença avançada
 - 3 Quimioterapia Portal / Quimioembolização hepática
 - 3 Drogas / esquema terapêutico não descrito
 - 3 Drogas decritas
 - 4 5-Fluoracil
 - 4 5-Fluorodesoxiuridina
 - 4 Nitrosurêia
 - 4 Leucovorin
 - 4 Mitomicina C
 - 4 Cisplatina
 - 4 Metotrexate
 - 4 PALA
 - 4 Semustine
 - 4 Ftoratur
 - 4 Doxifluridine
 - 4 Raltitrexato
 - 4 5-etiniluracil
 - 4 Trimetrexate
 - 4 Irinotecam
 - 4 Oxalipatin
 - 4 Capecibatina
 - 4 Doxorubicina
 - 4 Bleomicina
 - 4 Ciclofosfamida
 - 4 Acido fólico
 - 4 Lipiodol
- 3 Imunoterapia
 - 4 BCG
 - 4 Levamisol
 - 4 Combinações de superantígenos
 - 4 Vacina de DNA
 - 4 Anticorpos monoclonais
 - 4 Interferon
 - 4 PSKR
 - 4 Interleucinas
- 3 Hipertermioquimioterapia
- 3 Radioterapia pré-operatória
- 3 Radioterapia pós-operatória
- 3 Radioterapia intra-operatória
- 3 Radioterapia endocavitária
- 3 Braquiterapia
- 3 Radioterapia paliativa / doença avançada
- 3 Dose de radiação não descrita
- 3 Dose total de radiação
 - 4 10 Gy
 - 4 15 Gy
 - 4 20 Gy
 - 4 25 Gy
 - 4 30 Gy
 - 4 35 Gy
 - 4 40 Gy
 - 4 45 Gy
 - 4 50 Gy
 - 4 55 Gy
 - 4 60 Gy
 - 4 Mais que 60 Gy
- 3 Período de duração da radioterapia
 - 4 Desconhecido
 - 4 1 semana
 - 4 2 semanas
 - 4 3 semanas
 - 4 4 semanas
 - 4 5 semanas
 - 4 6 semanas
- 4 7 semanas
 - 4 8 semanas
 - 4 Mais que 8 semanas
- 3 Resposta ao tratamento
 - 4 Remissão completa
 - 4 Remissão parcial
 - 4 Estável / não responsível
- 2 Tratamento da Estenose Retal pós cirúrgica
 - 3 Tratamento clínico
 - 3 Dilatações
 - 3 Tratamento cirúrgico (estenoplastia)
 - 4 Estenoplastia convencional
 - 4 Estenoplastia com grampeado linear
 - 4 Estenoplastia com grampeador circular
- 2 Detalhes relacionados à técnica cirúrgica
 - 3 Preparo pré-cirúrgico (se realizado)
 - 4 Restrição dietética
 - 4 Enterocлизма
 - 5 Período de aplicação desconhecido
 - 5 Noite anterior ao procedimento
 - 5 Antes do procedimento
 - 4 Laxativos orais
 - 5 Não descrito
 - 5 Ácido ricinoléico
 - 5 Fenofaleínas
 - 5 Bisacodil
 - 5 Macrogol
 - 5 Picossulfato de Sódio
 - 5 Sena
 - 5 Ruibarbo
 - 5 Cáscara sagrada
 - 5 Aloé
 - 5 Frâncula
 - 5 Sulfato de Magnésio
 - 5 Sulfato de Sódio
 - 5 Citrato de Magnésio
 - 5 Hidróxido de Magnésio
 - 5 Óleo mineral
 - 4 Manitol
 - 4 Polietileno glicol (PEG)
 - 4 Fosfato de Sódio (Fosfossoda)
 - 4 Qualidade do preparo (trans-operatório)
 - 5 Bom
 - 5 Regular
 - 5 Ruim
 - 4 Profilaxia trombose venosa/tromboembolismo pulmonar
 - 5 Heparina sódica
 - 5 Heparina de baixo peso
- 3 Tipo de anestesia descrito
 - 4 Sedação
 - 4 Anestesia local
 - 5 Técnica não descrita
 - 5 Infiltração perineal "em leque"
 - 5 Infiltração pela Técnica "do anzol"
 - 5 Lidocaina
 - 5 Bupivacaína
 - 5 Ropivacaína
 - 5 Uso de adrenalina no anestésico
 - 5 Uso de bicarbonato de sódio no anestésico
 - 5 Uso de Hialuronidase na solução anestésica
 - 4 Bloqueio raquidiano
 - 4 Bloqueio peridural
 - 4 Anestesia geral
- 3 Posicionamento do paciente descrito
 - 4 Decúbito dorsal (supina)
 - 4 Posição de Litotomia e variantes
 - 4 Posição de Buie / "em canivete" (decúbito ventral)
 - 4 Posição de Sims e variantes (decúbito lateral)
 - 4 Genupeitoral / Ritter / Hines (decúbito ventral)
- 3 Técnica cirúrgica descrita (tempo principal)
 - 4 Anastomose / sutura manual
 - 5 Término-terminal
 - 5 Término-lateral
 - 5 Látero-lateral
 - 5 Plano único
 - 5 Em 2 planos
 - 5 Em 3 planos
 - 5 Pontos separados
 - 5 Pontos contínuos
 - 5 Fios descritos
 - 6 Catgut simples
 - 6 Catgut cromado
 - 6 Colágeno
 - 6 Ácido poliglicólico (Dexon®)
 - 6 Poliglactina 910 (Vicryl®)
 - 6 Poliglactina 910 + triclosano (Vicryl® Plus)
 - 6 Lactomer (Polysorb®)
 - 6 Polidioxanone (PDS®)
 - 6 Poligliconato (Maxon®)
 - 6 Poliglecaprone 25 (Monocryl®)
 - 6 Algodão
 - 6 Seda
 - 6 Nylon

- 6 Dacron (Mersilene®)
- 6 Polipropileno (Prolene®)
- 6 Aço inoxidável
- 6 2-0
- 6 3-0
- 6 4-0
- 6 5-0
- 4 Anastomose / sutura mecânica
 - 5 Término-terminal
 - 5 Término-lateral
 - 5 Látero-lateral
 - 5 Duplo grampeamento
 - 5 Grampeador não descrito
 - 5 Grampeador linear não cortante
 - 5 Grampeador linear não cortante articulado
 - 5 Grampeador linear cortante
 - 5 Grampeador circular
 - 5 Tamanho do grampeador não descrito
 - 5 21 mm
 - 5 25 mm
 - 5 28 mm
 - 5 30 mm
 - 5 31 mm
 - 5 33 mm
 - 5 45 mm
 - 5 55 mm
 - 5 60 mm
 - 5 75 mm
 - 5 80 mm
 - 5 90 mm
 - 5 100 mm
- 3 Drenagem cavitária
 - 4 Dreno tubular
 - 5 Sucção
 - 4 Dreno laminar
 - 4 Dreno túbulo-laminar
 - 5 Sucção
 - 4 Exteriorização abdominal
 - 4 Exteriorização perineal
- 1 EVOLUÇÃO PÓS-TRATAMENTO DAS DOENÇAS PROCTOLÓGICAS**
 - 2 Tempo de internação hospitalar (dias)**
 - 2 Complicações após Hemorroidectomia
 - 3 Não descrito
 - 3 Sangramento
 - 4 Não descrito
 - 4 Leve / moderado
 - 4 Severo (intervenção cirúrgica)
 - 3 Retenção urinária
 - 3 Infecção de ferida
 - 3 Deiscência de sutura
 - 3 Trombose hemorroidária
 - 3 Constipação / Impactação fecal
 - 3 Plicomas
 - 3 Estenose anal
 - 3 Fissura anal
 - 3 Incontinência anal
 - 3 Fistula anal
 - 3 Prolapso mucoso
 - 3 Ectrópio mucoso
 - 3 Prurido anal
 - 3 Cisto epidermal
 - 3 Hemorróida "recorrente"
 - 2 Complicação após tratamento da Fissura Anal
 - 3 Equimose / hematoma local
 - 3 Hemorragia
 - 3 Abscesso perianal / sepsis
 - 3 Incontinência anal
 - 3 Persistência da fissura
 - 3 Recorrência da fissura
 - 2 Complicações após tratamento cirúrgico do abscesso perianal
 - 3 Recidiva do abscesso
 - 3 Fistula perianal
 - 3 Sepsis
 - 3 Fásceite necrotizante (Síndrome de Fournier)
 - 3 Incontinência anal
 - 2 Complicações após tratamento da Fistula Anorretal
 - 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
 - 3 Incontinência anal
 - 3 Recidiva
 - 3 Atraso na cicatrização
 - 2 Complicações após tratamento da Incontinência Anal
 - 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
 - 3 Incontinência anal
 - 4 soiling
 - 4 para gases
 - 4 para líquidos
 - 4 para sólidos
 - 4 Incontinência Permanente
 - 4 Incontinência Temporária
 - 5 Temporária inespecífica
 - 5 Temporária diurna
 - 5 Temporária noturna
 - 5 Associada a circunstâncias determinadas
- 5 Associada a incontinência urinária
 - 3 Atraso na cicatrização
- 2 Complicações após tratamento cirúrgico do Prolapso
 - 3 Infecção em ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Sepsis / Abscesso / fásceite
 - 3 Sangramento / hematoma
 - 3 Obstipação / impactação fecal
 - 3 Incontinência anal
 - 3 Recidiva
- 2 Complicações após tratamento cirúrgico da Estenose Anal
 - 3 Infecção na ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Sepsis / abscesso / fásceite
 - 3 Hematoma
 - 3 Isquemia / necrose de retalho
 - 3 Incontinência
 - 3 Recidiva
- 2 Complicações após tratamento de Condiloma, DST e dermatopatias
 - 3 Ausência de melhora dos sintomas / lesões
 - 3 Intolerância medicamentosa / tratamento
 - 3 Displasia
 - 3 Neoplasia
 - 3 Recidiva
- 2 Período de cicatrização pós-cirúrgico na Doença Pilonidal Sacrococígea
 - 3 Indeterminado
 - 3 2 semanas
 - 3 3 semanas
 - 3 4 semanas
 - 3 5 semanas
 - 3 6 semanas
 - 3 7 semanas
 - 3 8 semanas
 - 3 9 semanas
 - 3 10 semanas
 - 3 11 semanas
 - 3 12 semanas
 - 3 4 meses
 - 3 5 meses
 - 3 6 meses
 - 4 Mais que 6 meses
- 2 Complicações pós-tratamento da Doença Pilonidal Sacrococígea
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Sepsis
 - 3 Cronificação após drenagem primária de abscesso
 - 3 Recidiva na forma de abscesso
 - 3 Recidiva na forma crônica / trajetos fistulosos
 - 3 Defeito cicatricial / má cicatrização
 - 3 Perda de sensibilidade cutânea
 - 3 Necrose de retalho
 - 3 Malignização / carcinoma espinocelular
- 2 Complicações pós-tratamento da Hidradenite Supurativa
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Sepsis
 - 3 Recidiva
 - 3 Defeito cicatricial / má cicatrização
 - 3 Perda de sensibilidade cutânea
 - 3 Necrose de retalho
- 2 Complicações após tratamento do Trauma Proct. / Corpo Estranho
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Infecção
 - 4 Infecção de Ferida Operatória
 - 4 Abscesso perianal
 - 4 Fásceite necrotizante (Síndrome de Fournier)
 - 4 Abscesso intra-abdominal/peritonite/sepsis
 - 4 Abscesso periestomático
 - 3 Necrose
 - 4 Retal
 - 4 Colônica
 - 4 Estomática
 - 3 Fistula
 - 4 Perianal
 - 4 Retovaginal
 - 4 Retvesical / colovesical
 - 4 Coloureteral
 - 4 Colocutânea
 - 3 Estenose
 - 4 Estenose anal
 - 4 Estenose retal
 - 4 Estenose colônica
 - 4 Periestomático
 - 3 Volvo colônico
 - 3 Incontinência anal
- 2 Complicações após tratamento das Colites
 - 3 Intolerância medicamentosa / efeitos colaterais
 - 3 Intratabilidade clínica
 - 3 Complicações locais
 - 4 Hemorragia digestiva baixa
 - 4 Perfuração intestinal
 - 4 Megacólon tóxico
 - 3 Complicações Sistêmicas
 - 4 Osteoartrites

- 4 Cutânea
- 4 Hepatobiliar
 - 5 Colangite esclerosante primária
 - 5 Cirrose
 - 5 Carcinoma de via biliar
- 4 Sepsis
- 3 Alteração grave do desenvolvimento (crianças / ado
- 3 Necessidade de tratamento cirúrgico
 - 4 Urgência
 - 4 Eletivo
- 3 Displasia
- 3 Neoplasia
- 3 Complicações cirúrgicas
 - 4 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 4 Infecções
 - 5 Infecção de ferida operatória
 - 5 Peritonite ou abscesso intra-cavitário
 - 4 Fistula
 - 5 Anastomótica
 - 5 Pericostômica
 - 5 Para outro órgão
 - 4 Estenose
 - 4 Obstrução intestinal
 - 4 Incontinência
 - 4 "Pouchite" ileal
 - 4 Neoplasia
 - 4 Retração / necrose de colostomia
 - 4 Outras
- 2 Complicações após tratamento das Doenças do Apêndice
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Abscesso
 - 4 Intra-abdominal
 - 4 Hepático
 - 4 Genital
 - 3 Deiscência do coto
 - 3 Fistula estercoral
 - 3 Peritonite
 - 3 Sepsis
 - 3 Síndrome disfunção múltiplos órgãos e sistemas
 - 3 Obstrução intestinal
 - 3 Pileflebite
 - 3 Intussuscepção
 - 3 Hidronefrose
 - 3 Metástase na doença neoplásica
 - 4 Cerebral
 - 4 Hepática
 - 4 Óssea
 - 4 Ovariana
 - 4 Peritoneal
 - 4 Pulmonar
 - 4 Vias urinárias
- 2 Complicações após tratamento do cirúrgico do Megacólon
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Lesão inadvertida do baço
 - 3 Hemorragia pré-sacral
 - 3 Lesão inadvertida de ureter
 - 3 Disfunção urinária
 - 3 Disfunção sexual
 - 3 Distúrbios da continência anal
 - 3 Necrose do cólon abaixado
 - 3 Abscesso pélvico
 - 3 Fistula estercoral
 - 4 Deiscência da anastomose
 - 4 Deiscência do coto retal
 - 3 Retração do cólon abaixado
 - 3 Estenose retal
 - 3 Estenose anastomótica
 - 3 Fecaloma de coto retal
 - 3 Complicação de colostomia
 - 4 Desabamento
 - 4 Necrose
 - 4 Abscesso pericostômico
 - 4 Prolapso
 - 4 Hérnia para-colostômica
 - 3 Recidência do megacólon
- 2 Complicações após tratamento dos Transtornos Vasculares
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Hemorragia digestiva baixa
 - 3 Perfuração colônica
 - 3 Estenose colônica
 - 3 Fibrose colônica
 - 3 Fistula colônica
 - 3 Necrose colônica
 - 3 Necrose perineal
 - 3 Peritonite
 - 3 Sepsis
 - 3 Claudicação
 - 3 Impotência
 - 3 Lesão de medula espinhal
 - 3 Lesão de plexo lombar
- 2 Complicações após tratamento na Obstrução e Pseudo-Obstrução
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Perfuração colônica
 - 3 Fistula anastomótica
 - 3 Peritonite aguda
 - 3 Abscesso intra-abdominal
 - 3 Sepsis
 - 3 Migração de "stent" colônico
- 2 Complicações na evolução da Doença Diverticular
 - 3 Hemorragia
 - 4 Choque hipovolêmico
 - 4 Acidente vascular cerebral
 - 4 Insuficiência renal
 - 4 Insuficiência cardíaca
 - 4 Síndrome da angústia respiratória no adulto (SARA)
 - 4 Síndrome disfunção múltiplos órgãos e sistemas
 - 4 Fibrilação atrial vagal
- 3 Diverticulite
 - 4 Abscesso intra-abdominal
 - 4 Fistula
 - 5 Colovaginal
 - 5 Colovesical
 - 5 Enterocólica
 - 5 Uretero-colônica
 - 5 Estercoral - cutânea
 - 4 Peritonite fecal
 - 4 Obstrução intestinal
 - 4 Hidronefrose por compressão
- 3 Complicações após tratamento cirúrgico
 - 4 Infecção de ferida operatória
 - 4 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 4 Peritonite / Abscesso intra-cavitário / sepsis
 - 4 Nova hemorragia digestiva baixa
 - 4 Fistula estercoral
 - 5 Deiscência da anastomose
 - 5 Deiscência do coto retal
 - 4 Aderências
 - 3 Neoplasia colônica associada
 - 3 Divertículo gigante
 - 3 Sistema gastrointestinal crônicos
- 2 Complicações após tratamento da Sd. Intestino Irritável eD. Funcionais
 - 3 Colite isquêmica
 - 3 Incontinência anal
 - 3 Obstrução intestinal
 - 3 Fecaloma
 - 3 Megacólon
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Fistula estercoral
 - 3 Peritonite ou abscesso intra-cavitário
 - 3 Hemorragia digestiva baixa
- 2 Complicações após tratamento da Hemorragia Digestiva Baixa
 - 3 Complicações da arteriografia
 - 4 Embolização inadvertida de órgãos adjacentes
 - 4 Necrose colônica
 - 3 Complicações cirúrgicas
 - 4 Infecção de ferida operatória
 - 4 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 4 Peritonite / Abscesso intra-cavitário / sepsis
 - 4 Nova hemorragia digestiva baixa
 - 4 Fistula estercoral
 - 5 Deiscência da anastomose
 - 5 Deiscência do coto retal
- 2 Complicações após tratamento das Neoplasias Proctológicas
 - 3 TVP (trombose venosa profunda)
 - 3 TEP (tromboembolismo pulmonar)
 - 3 Retenção urinária
 - 3 Impotência / infertilidade / dispareunia
 - 3 Protatismo
 - 3 Estreitamento uretral
 - 3 Fistula vesical
 - 3 Hidronefrose
 - 3 Infecção de trato urinário
 - 3 Pneumonia
 - 3 Hidro/pneumotórax
 - 3 Íleo paralítico prolongado
 - 3 Evisceração / deiscência na incisão cirúrgica
 - 3 Infecção de ferida operatória
 - 3 Sepsis
 - 4 Abdominal
 - 4 Outro foco
 - 3 Abscesso perineal
 - 3 Abscesso pélvico
 - 3 Deiscência de sutura / anastomose
 - 3 Fistula estercoral
 - 3 Hemorragia perineal
 - 3 Hérnia perineal
 - 3 Dor perineal
 - 3 Não cicatrização da ferida perineal
 - 3 Sinus perineal persistente
 - 3 Sangramento na anastomose
 - 3 Hemorragia digestiva

- 3 Obstrução na anastomose
- 3 Obstrução por brida
- 3 Obstrução por hérnia interna
- 3 Estenose anastomótica / fibrose anastomótica
- 3 Complicações na colostomia
 - 4 Desabamento da colostomia
 - 4 Necrose
 - 4 Abscesso pericostômico
 - 4 Prolapso colostômico
 - 4 Hérnia para-colostômica
- 3 Incontinência / alteração do ritmo intestinal
- 3 Doença neurogênica perineal
- 3 Proctite actínica
- 3 Dermatite perineal actínica
- 3 Anemia
- 3 Pólipo adenomatoso (novo)
- 3 Malignização
- 3 Outras complicações
- 2 Evolução das Doenças Benignas após Tratamento
 - 3 Desaparecimento dos sintomas / cura / melhora importante
 - 3 Inalteração / piora sintomática / falha do tratamento / recorrência
 - 3 Complicações relacionadas ao tratamento
 - 3 Óbito
- 2 Evolução do Câncer Proctológico após Tratamento
 - 3 Reconstrução de trânsito intestinal
 - 4 Quando (meses)
 - 4 Complicações na reconstrução
 - 3 Remissão
 - 4 Período indeterminado
 - 4 1 ano pós-tratamento
 - 4 2 anos pós-tratamento
 - 4 3 anos pós-tratamento
 - 4 4 anos pós-tratamento
 - 4 5 anos pós-tratamento
 - 4 6 anos pós-tratamento
 - 4 7 anos pós-tratamento
 - 4 8 anos pós-tratamento
 - 4 9 anos pós-tratamento
 - 4 10 anos pós-tratamento
 - 4 Mais que 10 anos pós-tratamento
 - 3 Recidiva / progressão da doença
 - 4 Quando (meses)
 - 4 Local
 - 5 Suporte clínico
 - 5 Cirurgia para ressecção
 - 5 Cirurgia paliativa
 - 5 Quimioterapia
 - 5 Radioterapia
 - 4 Linfadenopatia
 - 5 Suporte clínico
 - 5 Tratamento cirúrgico
 - 5 Quimioterapia
 - 5 Radioterapia
 - 4 Metástase
 - 5 Hepática
 - 6 Suporte clínico
 - 6 Hepatectomia
 - 6 Alcoolização
 - 6 Radioablação
 - 6 Quimioembolização
 - 6 Quimioterapia
 - 5 Óssea
 - 6 Suporte clínico
 - 6 Quimioterapia
 - 6 Radioterapia
 - 5 Pulmonar
 - 6 Suporte clínico
 - 6 Ressecção cirúrgica
 - 6 Quimioterapia
 - 6 Radioterapia
 - 5 Genital
 - 6 Suporte clínico
 - 6 Ressecção cirúrgica
 - 6 Quimioterapia
 - 6 Radioterapia
 - 5 Outros locais
- 3 Óbito
 - 4 Peri-operatório
 - 4 Tempo de sobrevida
 - 5 Meses
 - 5 Indeterm